

Resultados. Se incluyeron 82 pacientes, 40 hombres (48.7%) y 42 mujeres (51.2%), y se dividieron en 3 grupos totales, de acuerdo a los fármacos. La media de edad fue de 50.4 años. Se encontró un porcentaje de 4.88% falla de Imatinib a los 6 meses, 13.41% a los 12 meses, 15.85% a los 24 meses y 18.29% a los 36 meses. Al comparar los costos, solo del medicamento, no existió diferencia estadística significativa ($p=0.29$) entre los 3 grupos. En los pacientes con fracaso previo a Imatinib, se encontró un incremento significativo al sumar los costos de la terapia de recate con Dasatinib y Nilotinib ($p=0.001$)

Conclusiones. El porcentaje de fracaso de la terapia de primera línea es similar a la reportada en la literatura. Los costos acumulados por consultas, laboratorio y medicamento son mayores con Imatinib. Es necesario revisar el rol de los ITK's de segunda generación como terapia de primera línea desde el punto de vista financiero.

1362 Correlación entre los niveles de expresión de los genes de resistencia a multidrogas ABC-B1 y ABC-G2 y la respuesta al tratamiento en leucemia mieloide crónica

Cerón Maldonado Rafael, Mendoza Salas Iveth, Olarte Carrillo Irma, Ramos Peñafiel Christian, García Laguna Anel, De la Cruz Rosas Adrián,

Kassack Ipiña Juan Julio, Collazo Jarama Juan, Mendoza García Emma, Miranda Peralta Enrique, Martínez Tovar Adolfo
 Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción. El tratamiento de la leucemia mieloide crónica (LMC) se basa en blancos moleculares específicos, los cuales proporcionan resultados contundentes en el tratamiento de la enfermedad; pero no todos los pacientes logran una remisión completa ya que presentan resistencia al tratamiento, las causas son multifactoriales, entre ellas la expresión de genes involucrados directamente con el mecanismo de acción de los fármacos, como son los genes de resistencia a multidrogas (ABC). Por lo anterior, es necesario conocer y poder establecer una relación entre genes asociados con resistencia a los tratamientos.

Objetivo. Determinar los niveles de expresión de los genes ABC-B1 y ABC-G2 así como establecer una correlación entre su expresión y la respuesta al tratamiento con imatinib en leucemia mieloide crónica.

Material y métodos. Se incluyeron un total de 37 muestras de sangre periférica de pacientes con LMC, 17 al diagnóstico (T0) y 17 a los 12 meses de tratamiento con Imatinib (T12). Se aisló RNA de las muestras para posteriormente realizar el

análisis de qRT-PCR (Sybr Green) para la detección de los genes ABC.

Resultados. Al T0 el gen ABC-B1 tiene una frecuencia de expresión de 92.8% y ABC-G2 de 64.28%. En el T12 la frecuencia es de 85.7% y 35.7% para ABC-B1 y ABC-G2 respectivamente. En cuanto a los niveles de expresión se clasificaron en bajo (B), normal (N) y sobreexpresión (SE). ABC-B1, T0 29.4% en SE, T12 52.9% SE. ABC-G2, al T0 y al T12 el 17.6% de los pacientes tenía SE. Se tomaron en cuenta diferentes parámetros para la realización de la correlación clínica al diagnóstico (sexo, edad, leucocitos, plaquetas, hemoglobina, blastos, citogenética, índices Sokal y Hasford) siendo significativos la edad ($p=0.010$) y el número de leucocitos ($p=0.044$) y durante el tratamiento (Dosis de Imatinib, respuesta hematológica respuesta molecular, repuesta citogenética), no encontrándose asociación en este último. Los pacientes que no alcanzaron respuesta molecular ni citogenética tenían sobreexpresión de ABC-B1.

Conclusiones. La determinación de los niveles de expresión de los genes ABC sirve como guía para establecer una relación entre la resistencia que presentan algunos pacientes al tratamiento. Así como ofrecer una visión general de cómo podría responder el paciente al tratamiento con Imatinib antes de iniciarlo.

LINFOMAS

1065 Evolución clínica en pacientes mayores de 60 años con linfoma no Hodgkin de células B agresivo en un hospital de referencia en el noreste de México

Jaime Pérez José Carlos, Padilla Medina José Ramón, Marfil Rivera Luis Javier, Gómez Almaguer David, Herrera Garza José Luis
 Servicio de Hematología, Departamento de Medicina Interna, Hospital

Dr. José E. González de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, México

Introducción. El linfoma no Hodgkin (LNH) es el cáncer hema-

tológico más común, y la incidencia aumenta con la edad. Sin embargo, el tratamiento de primera línea es un esquema con antraciclinas, que debido a sus efectos adversos es complicado administrarlo en todos los pacientes ancianos.

Objetivo. Evaluar la evolución clínica del linfoma no Hodgkin agresivo de células B en pacientes mayores de 60 años.

Material y métodos. Análisis retrospectivo de pacientes >60 años con diagnóstico de LNH de células B agresivas, de 2006 a 2016. Los pacientes fueron separados por régimen de tratamiento administrado dependiendo si recibieron o no antraciclinas. Se utilizó un análisis de Kaplan-Meier para estimar la supervivencia libre de progresión y la supervivencia global a 5 años.

Resultados. Se estudiaron 83 pacientes con >60 años diagnosticados con linfoma de células B agresivo. 72 pacientes recibieron un régimen con antraciclinas, mientras que veintiuno 21 sin ellas, con una mediana de edad de 71 y 76 años, respectivamente. En los pacientes que no recibieron antraciclinas se encontró un porcentaje mayor de pacientes con edad 80 años, infiltración de médula ósea y cuenta de plaquetas con $<100 \times 10^9/L$. La supervivencia libre de progresión a 5 años fue de 54% para pacientes tratadas con antraciclinas frente a 33% ($p=0.094$) sin ellas y una sobrevida general de 61% frente a 39% ($p=0.063$), respectivamente. El 84% de los individuos del grupo de antraciclinas alcanzó la tasa de respuesta global, en comparación con el 57% del grupo sin antraciclinas ($p=0.012$). La sobrevida a un año en los pacientes mayores de 80 años tratados con antraciclinas ($n=5$) fue del 40% en comparación con el 90% alcanzado en los pacientes con un régimen libre de antraciclina ($n=10$; $p=0.050$). Las variables con un cociente de ries-

go estadísticamente significativo sobre la sobrevida de los pacientes fueron la esplenomegalia (6.283), hepatomegalia (4.403), aumento de DHL (4.382), plaquetas $<100 \times 10^9/L$ (3.381) y afectación de la médula ósea (2.448).

Conclusiones. La mayoría de los pacientes de más de 60 años de edad pueden ser tratados con regímenes intensivos con antraciclinas, mientras que en los pacientes con 80 años o más se obtuvo una mejor supervivencia cuando no se administraron antraciclinas.

1078 Comparación de tres esquemas de quimioterapia en el adulto mayor con linfoma difuso de células grandes B: experiencia en un centro nacional en México

Ponce Mayra, Nolasco-Medina Diana, Reynoso-Noveron Nancy, Aviles-Salas Alejandro, García-Perez Osvaldo, Candelaria Hernández Myrna Gloria
Instituto Nacional de Cancerología
candelariahmgloria@gmail.com

Introducción. A pesar de que la quimioterapia más rituximab es el estándar de tratamiento para el linfoma difuso de células grandes B (LDCGB), el tratamiento de pacientes > 65 años de edad sigue siendo controversial, debido a las comorbilidades asociadas

Objetivo. Comparar en términos de seguridad y eficacia tres esquemas de quimioterapia con rituximab en pacientes mayores de 65 años con linfoma difuso de células grandes B.

Material y métodos. Se trata de un estudio retrospectivo, comparativo, estudio no aleatorizado de pacientes > 65 años de edad, que fueron diagnosticados con DLBCL pero que no habían sido tratados previamente. Se analizaron las características demográficas y comorbilidades. Se compararon tres regímenes de tratamiento con quimioterapia combinada con Rituximab (R-

CHOP estándar, antraciclina de dosis reducida RCHOP, y RCOP). Se realizaron análisis descriptivos. La supervivencia se calculó con el de Kaplan-Meier, y las diferencias se compararon con la prueba de log-rank.

Resultados. Se estudiaron 141 pacientes, con una mediana de edad de 73.9 años. Los tres grupos de tratamiento tuvieron características demográficas similares. La supervivencia global fue 77% en el grupo que recibió RCHOP, 72.5% en el grupo tratado con RCHOP y 59% en aquellos que recibieron RCOP. Tras realizar el análisis multivariado, los factores que influyen en la general son la presencia de Síntomas B, un pobre estado funcional (ECOG >3), y la neutropenia febril. Los factores que influyen en la Supervivencia Libre de Enfermedad (SLE) fueron: neutropenia febril, la escala de Riesgo Intermedio-Alto, Riesgo Alto (IPI) y el tratamiento sin antraciclina.

Conclusiones. El ORR mayor (tasa de respuesta global) se logró con RCHOP estándar, lo que influyó en SLE y la SG, aunque no fue estadísticamente significativo en comparación con los otros grupos. Se requieren ensayos clínicos fase III, que evalúen nuevas moléculas en pacientes que comprenden un rango de edad entre 70 y 80 años; necesarios para mejorar el pronóstico de esta población en crecimiento.

1079 Una escala pronóstica de supervivencia en pacientes mayores de 65 años con diagnóstico de linfoma difuso de células grandes B

Reynoso-Noveron Nancy, Ponce Mayra, Castillo-Llanos Rodrigo, Nolasco-Medina Diana, Cantú-de-León David, Candelaria Hernández Myrna Gloria
Instituto Nacional de Cancerología
candelariahmgloria@gmail.com

Introducción. Las escalas pronósticas validadas para pacientes con linfoma difuso de células grandes B (LDCGB) incluyeron un número limitado de pacientes mayores de 65 años. Esta población tiene comorbilidades y cambios en el metabolismo de fármacos, por lo que requiere escalas pronósticas independientes.

Objetivo. Diseñar una escala pronóstica de supervivencia, basada en factores pronósticos clínicos y de laboratorio en pacientes mayores de 65 años con diagnóstico de LDCGB.

Material y métodos. Estudio retrospectivo en pacientes > 65 años con LDCGB, tratados en un centro de referencia nacional. Se evaluaron parámetros clínicos (edad, ECOG, comorbilidades, IMC), de laboratorio (Hb, linfocitos, DHL, beta 2 microglobulina), se realizó estadística descriptiva para las variables demográficas y clínicas. La supervivencia se determinó por Kaplan-Meier y la diferencia entre grupos se estimó por Log-rank. Se realizó regresión de Cox para determinar las variables que influyeron en la supervivencia. La suma de estas variables permitió separar 3 grupos con pronóstico diferente.

Resultados. Se incluyeron 145 pacientes. Edad promedio +/- SD 71 +/- 6.6 (66-81 años). Comorbilidades: DM 22 %, hipertensión arterial 29 %, cardiopatía 8 %. La respuesta global fue del 77 %. Por análisis univariado, influyeron en SG: ECOG > 2, síntomas B, > 2 sitios extranodales, enfermedad voluminosa, hemoglobina 2, aumento de beta 2 microglobulina, enfermedad voluminosa y anemia. Estos parámetros se combinaron para una escala pronóstica que definió tres grupos: Riesgo bajo, intermedio y alto, con 80.05 %, 55.5 % y 19.84 % probabilidad de SV a 5 años

Conclusiones. La elevación de DHL, beta 2 microglobulina, enfermedad voluminosa, y ECOG > 2 se

asocian a pobre SV en pacientes > 65 años con LDCGB.

1096 Escalas de evaluación geriátrica aplicadas en pacientes con neoplasias onco-hematológicas

Rubio Jurado Benjamin¹, Guzmán Silahua Sandra², Martínez Acosta Gamaliel³, Robles Espinoza Andrea Isabel³, Nava Zavala Arnulfo Hernán⁴

¹ Unidad de Investigación Biomédica 02 (UIEC), Departamento de Hematología, UMAE HE CMNO, IMSS/Extension, Consulting And Research. Universidad de Monterrey,

² Programa de Servicio Social en Investigación en Salud. SSA. IMSS/Unidad de Investigación Biomédica 02 (UIEC), UMAE HE CMNO, IMSS,

³ Programa de Servicio Social en Investigación en Salud. SSA. IMSS/Unidad de Investigación Biomédica 02 (UIEC), Departamento de Hematología, UMAE HE, CMNO, IMSS, ⁴ Unidad de Investigación Biomédica 02 (UIEC), UMAE HE CMNO, IMSS/Programa Internacional de Medicina, Universidad Autónoma de Guadalajara

Introducción. En México más del 50% de los cánceres se presenta en el adulto mayor (>60 años, OMS), los más frecuentes son el cáncer de pulmón, estómago y colorectal. Las neoplasias hematológicas más frecuentes en éste grupo son: leucemias 8.5%, linfoma no Hodgkin 6.25%, linfoma Hodgkin 2%, y Mieloma Múltiple 1.8%. Existen escalas de evaluación geriátrica que identifican la vulnerabilidad de los pacientes.

Objetivo. Conocer las características geriátricas de los pacientes con neoplasias onco-hematológicas.

Material y métodos. Estudio transversal descriptivo. Realizado en UMAE Hospital de Especialidades CMNO, División Onco-hematología. En pacientes >60 años, ambos

géneros, con dx histopatológico de neoplasias Onco-hematológicas. Se aplicaron las escalas: Charlson, Folstein, Katz y Yesavage.

Resultados. Se reclutaron 49 pacientes, género femenino son 47%, promedio de edad de 68a. Diagnósticos de neoplasias hematológicas son 50%. Diagnósticos: linfoma no Hodgkin 10 (20%), leucemias agudas 8 (16%), mieloma múltiple 3 (6%). Tumores oncológicos: diagnósticos, Ca pulmón 5 (10%), Ca mama 5(10%), Ca colon 4 (8%), Ca próstata 3 (6%), CaCu 2 (4%). La etapa clínica más frecuente es etapa IV con 18 (36%) de los casos. Tratamiento con quimioterapia 35 (71%), quimio/radio 9 (18.4%), quimio/cirugía 2 (4%), radioterapia 1 (2%) y sin tratamiento 1 (2%). Líneas de tratamiento 1era 26 (53%), 2da 8 (16%), 3ra 8 (16%), 4ta 1 (2%), 5ta 1 (2%). Áreas: Unidad de Quimioterapia 29 (59%), Consulta Hematología 10(20%), Piso Hematología 9 (18%), Consulta Oncología 1 (2%). Comorbilidad de Carlson: riesgo de mortalidad a corto plazo en porcentaje: 19% en 13 casos, 13% en 4, 9% en 12, 6% en 8 y 4% en 12. Folstein: 40 (82%) pacientes sin deterioro, 6 (12%) con deterioro leve, 2 (4%) con deterioro moderado y 1 (2%) con deterioro severo. Katz: 42 (86%) pacientes independientes. Yesavage: 36 (74%) sin depresión, 10(20%) depresión leve y 3(6%) depresión establecida.

Conclusiones. En el área de las comorbilidades, estos pacientes se encuentran en riesgo 4 y 19% de riesgo de mortalidad a corto plazo. En el área mental, el 82% no mostraron deterioro cognitivo, y el deterioro más observado fue leve con 12%. En el área funcional solo 14% de los pacientes mostraron algún grado de dependencia. En el área Afectiva, el 26% mostró algún tipo de depresión. Y el más frecuente es depresión leve.

1120 Resultados de L-asparaginasa comparado con esquemas basados en antraciclinas en regímenes de primera línea en el tratamiento del linfoma T/NK extraganglionar tipo nasal: experiencia de un centro

Avila Milord AL, Agreda Vásquez Gladys Patricia, Demichelis Gómez Maria Roberta

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción. El linfoma T/NK extraganglionar tipo nasal (LTNKEN) representa el 10% de los linfomas T, con mayor prevalencia en Asia y América latina; en México fuentes epidemiológicas de los últimos 30 años reportan prevalencias de 40%. Sin terapia estándar, históricamente ofrecieron regímenes basados en antraciclinas con pobres Resultados. Por tanto, recientemente se le dio importancia a la L-asparaginasa (L-asp) en el tratamiento de este linfoma tanto en estadios clínicos (EC) tempranos como en EC tardíos. Resultados de la inclusión de L-asparaginasa en regímenes de primera línea en México son limitados.

Objetivo. Comparar resultados de la inclusión de L-asparaginasa versus regímenes basados en antraciclinas en el tratamiento de primera línea del LTNKEN.

Material y métodos. Estudio de Cohorte retrospectiva en pacientes con LTNKEN de novo, tratados en primera línea y analizados en dos grupos (Grupo=1 basado en L-asparaginasa y Grupo=2 basado en antraciclinas) durante el período de 2001 a 2016

Resultados. De un total de 36 pacientes con diagnóstico de novo, 33 recibieron al menos un ciclo de quimioterapia (Grupo 1=22, Grupo 2=11). Con una mediana de edad de 34.5 años (20-74), 61% correspondieron al género masculino, 38% se presentaron con EC tardío y 72% presentaban factores de mal pronóstico de

acuerdo al índice pronóstico para LTNKEN. En las características basales de ambos grupos sólo la infiltración a médula ósea fue más frecuentemente observada en el Grupo 2 (45% vs 9% $p=0.027$). Con una mediana de seguimiento de 5 meses (0-167), la tasa de respuesta completa (RC) observada fue de 45.5% en Grupo 1 versus 27% en el Grupo 2 ($p=0.21$), con una mortalidad de 27.3% en el Grupo 1 versus 72% en el Grupo 2 ($p=0.027$). La supervivencia global (SG) a 30 meses fue de 70% en el Grupo 1 versus 22% en el Grupo 2 ($p=0.01$). En el análisis multivariado para supervivencia global se identificó que el no alcanzar RC fue un factor de riesgo independiente [HR 3.0 (IC 95% 1.4-6.5; $p=0.005$)].

Conclusiones. Se desconocen resultados en otros centros mexicanos con regímenes basados en L-asparaginasa. Este estudio demuestra el beneficio en RC y supervivencia en el grupo de pacientes que recibieron L-asparaginasa en el tratamiento del LTNKEN, una neoplasia frecuente en la población mexicana.

1128 Linfoma primario de cervix. Presentación de un caso

Peñaloza Ramirez Rosalinda, Hernández Ruiz Eleazar, García Pedro Elena, Enselmini, Tafoya Ramirez Fabian, Barragan Ibañez Gabriel, Aquino Salgado Jorge Luis
Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca
rositadeolivo_patologia@hotmail.com

Objetivo. Presentamos un caso de linfoma primario de cervix diagnosticado en este hospital. El tipo histológico más frecuente es el linfoma difuso de células grandes en el 70% de los casos, otros subtipos son el linfoma B de la zona marginal asociado a mucosas y el linfoma folicular.

Antecedentes. Los linfomas extranodales representan el 15% de los linfomas no Hodgkin. De éstos sólo el 1% se origina en el aparato genital. La mayoría de los casos aparecen en mujeres pre menopáusicas, siendo la edad media de 40 años. La presentación clínica más frecuente es el sangrado genital (transvaginal), sin embargo, el 20% son asintomáticos.

Caso clínico. Femenino de 38 años que inicia con dolor transvaginal, acude a control ginecológico con colposcopia: satisfactoria, presencia de lesión periorificial, gruesa, discretamente indurada, friable, acetorreactiva; prueba de schiller parcial positiva. Se realizó toma de biopsia cervical con sospecha de carcinoma cervicouterino. Microscópicamente se encontró una neoplasia linfoide en endocervix constituida por células linfoides de tamaño grande, con cromatina regular, nucleolos prominentes y citoplasma escaso de tipo centroblastico, así como figuras de mitosis en un patrón difuso. Por estudio de inmunohistoquímica fue CD20, CD10, CD45, MUM-1 positivos, BCL2 y BCL6 resultaron negativos con un índice de proliferación del 50% con lo que se concluyó Linfoma no Hodgkin Difuso de Células Grandes B origen no centro germinal. El epitelio exocervical presentó focos de infiltrado inflamatorio crónico linfoplasmocitario. Clínicamente sin actividad ganglionar, con ECOG 1, biometría hemática normal y DHL normal. Concluyendo LNHDCGB CD20+ Etapa clínica EI. Recibió 6 ciclos de esquema CHOP-R alcanzando remisión completa.

Conclusiones. Se considera linfoma primario si cumple los siguientes criterios: enfermedad limitada a una sola localización en el momento del diagnóstico, la sangre periférica y la médula ósea no contienen ninguna

célula neoplásica y no hay evidencia de enfermedad en otra parte del organismo. Histológicamente, la mayor parte son linfomas B difusos de células grandes variantes centroblastica e inmunoblastica. En el presente caso, las células eran de tipo centroblastico con patrón difuso. El LNHDCGB primario de cérvix es la estirpe histológica más frecuente del tracto urogenital, la respuesta es buena con esquema CHOP-R.

1140 Linfoma de Hodgkin e infiltración al sistema nervioso central: reporte de casos

Contreras Cisneros Jorge, Hernández Mata Carlos Francisco, Montante Montes de Oca Daniel, Agreda Vásquez Gladys Patricia
 Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán
 jorge.contreras.cisneros@gmail.com

Introducción. La infiltración a sistema nervioso central en linfoma Hodgkin es extremadamente rara. La incidencia ha sido estimada en 0.2-0.5%. La información clínica, tratamiento y pronóstico es limitada.

Objetivo. Describir las características clínico-patológicas y respuesta a tratamiento de LH e infiltración a SNC en pacientes del instituto.

Material y métodos. Revisión retrospectiva de 3 pacientes con infiltración al SNC documentados en el período de 2009-2016.

Resultados. Caso-1: Hombre de 48 años con diagnóstico en 2009 de LHc esclerosis nodular (EN), estadio clínico (EC) IVA, IPS desconocido, quien recibió tratamiento en otra institución con quimioterapia ABVD=sin evaluación. En 2011 acude por diplopía monocular derecha, la resonancia magnética (RM) con reforzamiento anormal en segmento intraorbitario de nervio óptico derecho y lesión de característica ocupativa en la porción

superior y lateral del clivus de 25 x 13 mm. Biopsia de ganglio con reporte de LH EN, por lo que recibe quimioterapia ICE más radioterapia a neuroeje en remisión completa. Vivo al último seguimiento en 2016.

Caso-2: Mujer de 24 años con diagnóstico en 2012 de LHc EN, EC e IPS desconocido, quien recibió tratamiento en otra institución con quimioterapia EBVD=progresión, Mega-ICE=respuesta parcial más trasplante autólogo de médula ósea=progresión. En 2015 acude por crisis convulsivas tónico-clónicas generalizadas, la RM con lesión única parietal derecha de 3 x 2 cm y reforzamiento anormal de meninges. Biopsia de cerebro con reporte de LH, por lo que recibe quimioterapia ESHAP=progresión, Brentuximab-vedotin=enfermedad estable con suspensión del tratamiento y posterior progresión. Falleció por enfermedad en 2016.

Caso-3: Hombre de 50 años, con diagnóstico en 2016 de LHc celularidad mixta, EC IVB, IPS alto. Acudió por neuropatía craneal múltiple y síndrome piramidal incompleto izquierdo, la RM con lesión infiltrativa que involucra región selar, cisterna supraselar y región hipotalámica, cisterna de la cerebral media izquierda pre-pontina y parcialmente del ángulo pontocerebeloso. Biopsia cerebral con reporte de LH, por lo que recibe quimioterapia ABVD y radioterapia. Vivo al último seguimiento 2017.

Conclusiones. Se encontraron 3 de 139 pacientes (2.1%), lo que representa una incidencia mayor a lo reportado. Dos casos fueron documentados en recaída y solo 1 de novo, cada uno con características clínicas y resultados de tratamiento diferentes.

1142 Efectividad de la premedicación durante la infusión de tratamientos antineoplásicos en pacientes con

tumores sólidos y hematológicos con diversos esquemas terapéuticos en el servicio de quimioterapia del HRAEO

García López Catalina, Oaxaca Oaxaca Eleazar Hernández Ruiz, López Morales Isabelino, Aguilar Miguel Bertha Teresa, Ibarra Cerón María Eugenia del Rosario
 Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca

Introducción. La pre-medicación es el uso de corticoides y antieméticos que se administran previa infusión de quimioterapia, dependen del tipo, dosis de fármacos administrados y duración de los mismos. Las reacciones de hipersensibilidad son definidas como respuestas impredecibles que no pueden ser explicadas ni por la reacción farmacológica ni por el perfil de toxicidad del medicamento; entre los efectos están: náuseas, vómitos, cefalea, diarrea, fiebre, alergias y toxicidad medular. La severidad de estas puede hacer que se suspenda el tratamiento; por lo cual es importante la premedicación.

Objetivo. Verificar si la premedicación administrada a los pacientes durante la infusión de antineoplásicos es efectiva.

Material y métodos. Estudio retrospectivo, descriptivo de una cohorte de paciente que recibieron infusión de quimioterapia en el HRAEO

Resultados. Se incluyeron 200 pacientes que recibieron infusión de quimioterapia en el HRAEO de diciembre 2016 a enero 2017, 35% fueron hombres y el 64.5% fueron mujeres, con una mediana de edad 53 años (rango 19-83) Se incluyeron pacientes con diferentes diagnósticos los más frecuentes para neoplasias sólidas como: cáncer de mama 22%, CACU 8.3% y cáncer de páncreas 8.3%; para neoplasias hematológicas: LNH 13%, LAL 8.3% y mieloma 8.3%. Los esquemas de quimioterapia

más frecuentes fueron: taxanos más carboplatino 16.5%, taxanos con otra quimioterapia 9.5%, platinados en combinación con otra QT 18%, esquema LAMMP b 4%, CHOP-R 10%. La toxicidad documentada de acuerdo a la escala de la OMS fueron: para náuseas de grado 1 el 1.5%, vómito grado 1 y 2 el 4.0%, cefalea grado 1 y 2 el 1%, alergia grado 2 el 1%, neuropatía grado 1 el 5.5%, grado 2 el 0.5%, estreñimiento grado 1 y 2 el 1%, diarrea grado 2 el 0.5%, fiebre grado 2 el 0.5%. La pre-medicación más utilizada fue ondansetrón-dexametasona en el 25%, ondansetrón el 14%, palonosetrón más dexametasona 11%; ondansetrón, dexametasona, ranitidina, clorotrimetón el 9.5%, hidrocortisona paracetamol y difenhidramina 6%. El manejo de la toxicidad fue a base de esteroide y pregabalina en la mayoría de los casos.

Conclusiones. La premedicación es fundamental para determinar la seguridad del paciente a fin de minimizar al máximo las complicaciones derivadas de la quimioterapia.

1143 Estudio multicéntrico de presentación clínica, histopatológica y respuesta al tratamiento en una cohorte con linfomas no Hodgkin en México

Espitia Rios María Eugenia¹, Alvarado Ibarra Martha¹, Alvarez Vera José Luis¹, Mena Zepeda Verónica¹, Ortíz Zepeda Santa Maricela¹, Jimenez Alvarado Rosa María¹, Gonzalez López Elizalde María de Montserrat², Banda García Luisa Iztacihuatl³, Paredes Lozano Eugenia Patricia⁴, Aquino Salgado Jorge Luis⁵, Barragan Ibañez Gabriel⁵, Rodriguez Velasquez Lucero Jazmin⁵, Hernández Ruiz Eleazar⁶, Nolasco Cancino César⁷, Martinez Rios Annel⁸, Resendiz Olea Rodrigo⁸, Pérez Zúñiga Juan Manuel⁸, Ramírez Romero Eva Fabiola⁹, Trejo

Gómora Jorge Enrique⁹, Lien Chang Lourdes Esthela Juan⁹

¹ Centro Médico Nacional 20 de Noviembre ISSSTE, ² H+ Queretaro, ³ HGZ No, IMSS Xalapa Lic. Ignacio García Téllez, ⁴ Hospital Regional 1º de Octubre ISSSTE, ⁵ Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca, ⁶ Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca/HRPJ ISSSTE Oaxaca, ⁷ Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Juan Graham Casasús de Tabasco, Ceracom Tabasco, ⁸ Hospital Regional Ignacio Zaragoza ISSSTE, ⁹ Hospital Regional Presidente Juárez ISSSTE Oaxaca, ¹⁰ Hospital San Angel Inn Universidad, ¹¹ Unidad de Oncología de los Servicios de Salud del Estado de Puebla

Introducción. El linfoma no Hodgkin (LNH) es un grupo heterogéneo de neoplasias linfoides, con una incidencia de 3 casos por cada 100 000 habitantes/año, la estirpe B es la más frecuente, representa el 85% de los casos, contra 15% de la T. Hay pocos estudios de LNH en la república Mexicana.

Objetivo. Describir las características clínicas, histopatológicas, tratamientos y grados de respuesta en una cohorte de población Mexicana con LNH.

Material y métodos. Se realizó un estudio multicéntrico, descriptivo, observacional y retrospectivo de una cohorte de pacientes con diagnósticos de LNH confirmados por inmunohistoquímica en población Mexicana, que contaban con expediente completo al momento de la evaluación. Se realizó el análisis mediante SPSS v22.

Resultados. Se analizaron 523 casos de pacientes atendidos en 11 hospitales con cobertura a 12 estados. La mediana de edad fue de 59 años, La proporción Hombre:Mujer de 1:1. El linaje B representó 89.5% y el T 10.5%. Los linfomas B por subtipo: DCGB

(57%), LF (14.7%), LLP (4%). El linaje T por subtipo: T/NK (5.4%) y linfoblástico (2.1%). Se clasificó como enfermedad temprana el 45.1%(Ann Arbor I-II) y enfermedad avanzada el 54.7%(III-IV). El 23.5% presentó los 3 síntomas B mientras 30% sin síntomas B. Se documentó Bulky en el 26% de los pacientes. La afección extranodal más frecuente fue gástrica (6.1%) y nasal (5%). El 72.3% presentaban un ECOG 0 a 1 al diagnóstico. El 41.3% cuenta con comorbilidades, las más frecuentes fueron DM2 (10.9%), HAS (8.4%), DM2 +HAS (4.6%). La escala de riesgo más utilizada fue IPI en el 66.3% de los casos. La quimioterapia CHOP y CHOP like se reportó en 77.1% y 9.5%. Rituximab en el 72.8%, de estos casos, 66.7% en la primera línea. El 30% de los casos recibió Radioterapia, el 30.4% consolidación y un 32.3% recibió mantenimiento. La respuesta global de 87.8%, completa 76.1% y parcial el 11.7%. La supervivencia libre de enfermedad a 5 años 59% y la global en la cohorte a 5 años fue del 76%. En la evolución se encontró una mortalidad del 16.4%, las principales causas: actividad en el 7.6% e infección en un 5.9%.

Conclusiones. El LNH más frecuente en México LNHDCGB con una respuesta global similar a la reportada.

1172 Linfoma no Hodgkin e infección por virus hepatitis C

Anguiano Alvarez Víctor Manuel, Rodríguez Rodríguez Sergio, Ágreda Vázquez Gladys Patricia
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán
vanguianin1@hotmail.com

Introducción. El virus de la hepatitis C (VHC) infecta hepatocitos y linfocitos B debido al receptor-CD81 presente en ambas células, la infección crónica induce proliferación clonal y condiciona el

desarrollo de linfomas. En México no existen datos de la asociación VHC con linfoma no Hodgkin (LNH).

Objetivo. Describir la frecuencia y características clínicas de pacientes con LNH e infección por VHC en un hospital de tercer nivel.

Material y métodos. Se realizó una búsqueda retrospectiva en archivo electrónico de pacientes con LNH e infección por VHC entre 1995-2015. Se incluyeron pacientes >18 años e infección por VHC confirmada por método ELISA.

Resultados. Un total de 1193 pacientes con LNH fueron diagnosticados entre 1995-2015, 10 casos presentaron infección por VHC (0.8%). La distribución por género fue: 7-mujeres y 3 hombres, con una mediana de edad de 54.5 años (29-62), 6 pacientes menores de 60 años. En 6 pacientes la infección por VHC precedió al diagnóstico de LNH y el resto se detectó de forma simultánea. El genotipo viral fue determinado en 4 pacientes siendo el genotipo 1b el más común; cinco casos tuvieron cirrosis hepática y 1 presentó carcinoma hepatocelular, sólo 2 pacientes habían recibido tratamiento activo contra VHC. La mediana de tiempo de la infección de VHC al diagnóstico de LNH fue de 12 meses, los subtipos histológicos fueron: Linfoma difuso de células grandes B (n=5), linfoma folicular (n=2), linfoma de zona marginal (n=2) y linfoma T-anaplásico ALK-negativo (n=1); 6-pacientes presentaron estadio clínico avanzado y síntomas B. La quimioterapia CHOP <> Rituximab fue administrada en 8 pacientes y 2 recibieron manejo paliativo. La respuesta completa fue observada en 4 pacientes, con una mediana de supervivencia global de 221 días y al último seguimiento 7 pacientes habían fallecido.

Conclusiones. La frecuencia de LNH e infección por VHC tiene dis-

tribución geográfica variable entre 0-27%, en México se desconoce. En esta revisión observamos un predominio de pacientes menores de 60 años, mujeres, con mayor presencia de síntomas B y cirrosis hepática. Con un tratamiento controversial, los esquemas CHOP-like <> rituximab se consideran el estándar a pesar del riesgo de acelerar hepato-toxicidad (flare) por replicación viral. Respecto al tratamiento anti-viral se han reportado casos beneficiados con rivavirina durante el flare-hepático pero algunos expertos lo recomiendan al terminar quimio-inmunoterapia.

1196 Linfoma hidroa vacciniiforme. Presentación de un caso

Aranda Morales Alejandra, Acosta Nieto María de la Luz, Ojeda Tovar Juan, Amador Medina Lauro Fabián
Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío

Objetivo. Dar a conocer un caso de linfoma hidroa vacciniiforme en un paciente con cicatrices varioliformes.

Antecedentes. El linfoma hidroa vacciniiforme-like (LHVL) es una entidad rara y agresiva, descrita en niños y adolescentes de países latinoamericanos y asiáticos que clínicamente se presenta con episodios recurrentes de edema facial, acompañado de vesículas, úlceras y cicatrices varioliformes, en áreas fotoexpuestas y no fotoexpuestas. En los estudios inmunohistoquímicos puede expresar CD4, CD8 o CD56 como marcador. La palabra hidroa deriva del griego hydor que significa agua, lo cual refleja la naturaleza vesicular de la dermatosis y vacciniiforme deriva del latín vaccinum, semejante a la vacuna, en relación con la tendencia a la curación con cicatriz.

Caso clínico. Masculino de 22 años, de Celaya, Guanajuato, campesino. Antecedente de dermatosis en la infancia; lesiones

tipo vesícula o ampolla, que le aparecían y desaparecían, dejando como secuela cicatrices. Inició su padecimiento actual 8 meses previos a su ingreso con presencia de fiebre, sin predominio de horario, acompañada de tumoración cervical derecha, recibe antibiótico no especificado, con mejoría parcial. Un mes después acudió a Hospital General de Celaya, realizándose drenaje y enviando biopsia a patología, sin datos patológicos. Durante esa hospitalización se le encontró nueva tumoración en cara interna de brazo izquierdo, con aumento posterior del tamaño de la extremidad, se realizó nueva toma de biopsia de la lesión obteniendo resultado histopatológico de Linfoma no Hodgkin. Valorado por dermatología quien refiere dermatosis que afecta los antebrazos, codos y tercio inferior de brazos, predominio en zonas fotoexpuestas, bilateral y simétrico. Dermatitis constituida por cicatrices de tipo varioliforme, de 0.3-3cm, sin observar lesiones primarias activas. Se solicitó IgG para Epstein Barr resultando positivo. Se informa el resultado de la biopsia de lesión reportando linfoma de células T, CD3, C45RO, CD30 positivos, compatibles con linfoma hidroa vacciniiforme like.

Conclusiones. El linfoma cutáneo hidroa vacciniiforme-like es un linfoma de células T/NK raro, de lenta evolución, que se presenta más frecuentemente durante la infancia y/o adolescencia. Las lesiones cutáneas pueden simular hidroa vacciniiforme o prurigo actínico. La mayoría de los casos está asociado a infección crónica por virus Epstein Barr. Su evolución es agresiva y su pronóstico es incierto.

1202 Linfoma folicular; rituximab en mantenimiento y tratamiento de primera línea mejora la supervivencia global

Huerta Santos María de los Ángeles Ivette, Candelaria Hernández Myrna Gloria, Labardini Méndez Juan Rafael, Cervera Ceballos Eduardo, Aguilar Rodríguez Manuel
Instituto Nacional de Cancerología
selegna_aome@hotmail.com

Introducción. El linfoma folicular (LF) es un desorden linfoproliferativo que se origina a nivel centro germinal (CG) y está relacionado a las reacciones CG, en las que las células nativas sufren hipermutación somática y cambios a nivel del receptor de células B, en un proceso que produce una diversidad de inmunoglobulinas y selecciona aquellos anticuerpos que tienen una alta afinidad por las células B. Constituye el segundo subtipo más frecuente de LNH, aunque se considera indolente, incurable y las recaídas son habituales. El rituximab es un anticuerpo monoclonal quimérico murino/humano indicado como monoterapia o en combinación con quimioterapia, se une de forma específica con el antígeno de membrana CD20.

Objetivo. Evaluar supervivencia global y supervivencia libre de enfermedad en pacientes con LF tratados con Rituximab en esquema de primera línea y mantenimiento
Material y métodos. Análisis retrospectivo en pacientes del Instituto Nacional de Cancerología, con diagnóstico histopatológico de LF, desde enero de 2010 a diciembre de 2015, sin tratamiento previo. Se evaluaron variables clínicas, de laboratorio e histológicas, así como tratamiento recibido y la indicación o no de mantenimiento. Se realizó estadística descriptiva para las variables demográficas y clínicas. La supervivencia se determinó por Kaplan-Meier y la diferencia entre grupos se estimó por Log-rank. Se realizó regresión de Cox para determinar las variables que influyeron

en la supervivencia global y libre de enfermedad.

Resultados. Se evaluaron a 145 pacientes [N=69 (47.6 %) masculino y N=76 (52.4 %) femenino]; la media de edad: 54.77 años (25-88). La DHL se encontró elevada en un 29.7% (N=43), con infiltración a médula ósea en un 63.4% (N=92). Se excluyeron a 4 pacientes que decidieron no recibir ningún esquema de quimioterapia. En total 125 pacientes recibieron esquemas con Rituximab. Del total de pacientes que recibieron esquema con Rituximab 86.4% se encontraban libres de enfermedad Vs 56.3% del grupo que no recibió esquema con Rituximab. La sobrevida global fue de 97.7 % y 79.6 % para aquellos que recibieron mantenimiento y los que no recibieron mantenimiento, respectivamente.

Conclusiones. La administración de rituximab tanto en primera línea, como en mantenimiento incrementa la supervivencia global en LF.

1209 Linfocitosis hemofagocítica asociada a linfoma: un estudio de casos y controles

Apodaca Chavez Elia Ixel, Apodaca Chavez Elia Ixel, Demichelis Roberta, Tuna Elena, Rodriguez Sergio, Pomerantz Alan, Gladis Agreda
Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubirán
md_ixelapodaca@hotmail.com

Introducción. El conocimiento sobre linfocitosis hemofagocítica (LHH) en adultos ha incrementado, se requiere mayor conocimiento de dicha entidad.

Objetivo. Comparar características y desenlaces de pacientes con LHH asociada a linfoma con LHH no asociada a linfoma y linfoma sin LHH; y evaluar el impacto de la LHH en la supervivencia de pacientes con linfoma.

Material y métodos. Es una cohorte de pacientes con LHH asociada a

linfoma de acuerdo a los criterios del 2004, diagnosticados entre mayo de 1998 y octubre 2016 en el INCMNSZ (N=64): 33 asociados a linfoma (casos) y 31 no asociados a linfoma. Para determinar si existen diferencias entre el linfoma con o sin LHH, se escogió aleatoriamente, un grupo control diagnosticados en el mismo periodo de tiempo con linfoma sin LHH (n=66). Para evaluar el impacto de la LHH en la supervivencia global del linfoma se eligió a un grupo control pareado por estadio clínico y tipo de linfoma (n=33).

Resultados. De 64 pacientes con LHH, 37 (57.8%) hombres. Mediana de edad 35 años (18-77 años), causas asociadas a LHH: linfoma 33 (51.56%), infecciosas 17 (26.56%) y enfermedades autoinmunes 3 (4.68%). Al comparar las características clínicas de pacientes con LHH asociada a linfoma contra LHH no asociada a linfoma encontramos mayor frecuencia de manifestaciones cutáneas (33.33% vs 9.68% p=0.022) y menor frecuencia de manifestaciones neurológicas (6.02% vs 25.81% p=0.032) en pacientes con linfoma, sin diferencias en supervivencia global (49.31m vs. 33.03m, p=0.252). Entre el grupo de LHH asociada a linfoma y linfoma sin LHH los datos más relevantes fueron: fiebre (100% vs 39.39% p<0.001), hepatomegalia (81.82% vs 30.30% p<0.001), esplenomegalia (81.82 vs 27.27% p<0.001), afección hepática (51.52% vs 13.6% p<0.001), hiperferritinemia (4547ug/L vs 274 ug/L p<0.001) y menor supervivencia global (49.31m vs 129.11m p<0.001). Comparando pacientes con linfoma sin LHH pareados por estadio clínico y tipo de linfoma con pacientes con linfoma más LHH, se encontró una menor supervivencia global en este último grupo (49.31m vs 109.43m, p=0.004).

Conclusiones. Es una serie de pacientes con LHH que determina el impacto de la LHH en la supervivencia de pacientes con linfoma independientemente del tipo histológico y estadio clínico; hallazgos que podrían determinar tratamiento.

1237 Enfermedad de Castleman: análisis clínico y epidemiológico en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional de Occidente

Borjas del Toro María de Lourdes, Herrera Rodríguez Leidy Johanna, Borjas Gutiérrez Cesar, Aguilar López Lilia Beatriz, Garces Ruiz Oscar Miguel, Vega Ruiz Arturo, Rubio Jurado Benjamin

¹ HR Dr. Valentín Gómez Farias ISSSTE-Universidad Autónoma de Guadalajara, ² Instituto Mexicano De Seguro Social leidyher2@gmail.com

Introducción. La enfermedad de Castleman es poco frecuente descrita en 1956 por Benjamin Castleman en una serie de casos, como hiperplasia de nódulos linfáticos hialinos solitarios y proliferación vascular. Después, Keller describió patrón histológico hialino-vascular y plasmocelular. La presentación clínica puede ser unicéntrica, cuyo comportamiento clínico es poco agresivo y el tratamiento quirúrgico consigue la curación en la mayoría de los casos, y la presentación multicéntrica con curso clínico agresivo, mal pronóstico, generalmente plasmocelular y requiere de quimioterapia para su tratamiento. La etiopatología no es bien conocida, sin embargo; se ha asociado a procesos inflamatorios crónicos, aumento en niveles de citosinas como IL-6, y virus asociado al sarcoma de Kaposi, fundamentalmente en presentación multicéntrica.

Objetivo. Analizar las características clínicas y epidemiológicas así

como terapéuticas de los pacientes con Enfermedad de Castleman en el Hospital de Especialidades del CMNO.

Material y métodos. Entre enero 2012 y diciembre 2016, se estudiaron los expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico histopatológico de Enfermedad de Castleman; se registró edad, sexo, variedad histológica, se realizó tomografía axial computada de 4 regiones y se determinó el número de sitios ganglionares involucrados, finalmente se registró el tratamiento y respuesta.

Resultados. Se estudiaron 5 pacientes, tres hombres y dos mujeres con rango de edad entre los 28 y 59 años. La presentación clínica fue cervical en tres casos y mesentérico en dos. La variedad histológica fue hialino-vascular en tres casos, tres de presentación unicéntrica y dos de variedad plasmocelular, siendo uno multicéntrico y uno cervical unicéntrico. La prueba para VIH resultó negativa en los 5 pacientes. En los tres enfermos con presentación hialino-vascular el tratamiento fue quirúrgico, y los dos con variedad plasmocelular el tratamiento fue 4 ciclos de R-CHOP. Actualmente todos los pacientes están en remisión completa.

Conclusiones. La enfermedad de Castleman es poco frecuente, difícil conocer su fisiopatología y comportamiento clínico, así como establecer un adecuado régimen terapéutico. Dada su asociación con el virus del sarcoma de Kaposi, es necesario una vigilancia más prolongada debido a la posibilidad de desarrollar linfoma Hodgkin y no Hodgkin y plasmocitoma. Nuestra serie de casos es pequeña pero aun así comparte similitud con datos informados en algunos estudios.

1276 Linfoma esplénico de células pequeñas B de la pulpa roja: una entidad poco conocida

Mendoza Torres Alejandra, Pérez Gómez Karen Daniela, Álvarez Sekely Ana Magaly, De la Torre Luján Alfredo Héctor Francisco, Rivas Vera María Silvia, Nava Espinal María Dolores Concepción, Lome Maldonado María del Carmen Amanda Instituto Nacional de Cancerología alemt8616@gmail.com

Introducción. El linfoma esplénico de células pequeñas B de la pulpa roja (LECPBPR) se caracteriza por curso leucémico indolente y esplenomegalia masiva. Representa menos del 1% de los linfomas, entidad definitiva en la clasificación de la OMS 2016.

Objetivo. Reporte de un caso de LECPBPR de difícil diagnóstico

Material y métodos. Presentación del caso. Hombre, 58 años, 6 meses con dolor epigástrico, saciedad temprana, pérdida ponderal de 2kg y diaforesis nocturna. ECOG 3, palidez, esplenomegalia (13 cm). Biometría hemática: leucocitosis 84 miles/mm³, linfocitosis (72.7 miles/mm³), Hemoglobina 5.9g/dL, Hematocrito 18.8%, VCM 94fL, CMH 29.7pg, plaquetas 40.0 miles/mm³. Extendido de sangre periférica y aspirado de médula ósea con infiltración por linfocitos de aspecto maduro. Citometría de flujo: 84.37% de células B CD45, CD19 y CD20 positiva. Biopsia de hueso: infiltración difusa por proceso linfoproliferativo B maduro, CD20+, DBA44 + focal, compatible con LECPBPR. t(11:14) y t(11:18) negativas por FISH. Cariotipo: 46 XY. PET-CT con 18F-FDG captación anormal en bazo y médula ósea. Se realizó esplenectomía, bazo de 30x20x10 cm, capsular lisa, rojo vinoso, infiltrado monomorfo linfocitario con patrón difuso en la pulpa roja con compresión de la pulpa blanca, inmunofenotipo: CD20+, IgG+, IgD-, DBA44+, CD123-, CD5-, Anexina1-. CD103- CD23-, p53-, Ki67+ 10%. Última

biometría: Leucocitos: 37 miles/mm³, Linfocitos 34,4 miles/mm³, Hemoglobina 8.7g/dL, plaquetas 323 miles/mm³, DHL 203UI/L. Se decidió conducta expectante, hasta la progresión se iniciará rituximab semanal.

Resultados. El diagnóstico de LECBPBR constituye un reto diagnóstico clínico y patológico, el diagnóstico diferencial debe incluir diferentes entidades relacionadas que cursan con esplenomegalia, linfocitosis periférica, como leucemia linfocítica crónica, leucemia de células pedulas y su variante y linfoma esplénico de la zona marginal. El LECBPBR es poco frecuente, la mediana de edad es de 65.5 años, predomina en varones, los síntomas derivan de la esplenomegalia y la infiltración de médula ósea. Hasta el 35% de los pacientes desarrolla síntomas B. El LECBPBR tiene curso indolente, con mediana de supervivencia global entre 9 a 13 años. Se reporta progresión hasta en 11%. No se han reportado factores de impacto pronóstico, aunque se sugieren delección 7q y 17p, mutaciones de IGHV y TP53 como factores adversos.

Conclusiones. Es una entidad extremadamente rara, quizá subdiagnosticada ya que es poco conocida. En la medida que se vayan reportando más casos se generará información clínica, inmunofenotípica y genética y por consecuencia experiencia diagnóstica y terapéutica.

1292 Características clínicas y pronóstico en los pacientes con linfoma de la zona marginal extranodal del tejido linfoide asociado a mucosas (MALT)

Nava Chanttal Esther, Mendoza Torres Alejandra, Ramírez Ibarquien Ana Florencia, Rivas Vera María Silvia
Instituto Nacional de Cancerología
corpus_2006@yahoo.com.mx

Introducción. El linfoma de la zona marginal extranodal de tejido linfoide asociado a mucosas (MALT), es el cuarto linfoma de origen B más frecuente de acuerdo a la OMS, no obstante su incidencia muestra variedad geográfica. Su curso es indolente y su fisiopatología se relaciona con estímulos antigénicos crónicos como procesos infecciosos y autoinmunes. En México no existen reportes epidemiológicos.

Objetivo. Conocer las características de los pacientes con diagnóstico de Linfoma MALT y la respuesta a tratamientos recibidos en nuestra población.

Material y métodos. Se realizó un análisis retrospectivo del 2008 al 2016, de pacientes con diagnóstico reciente de Linfoma MALT de la Clínica de Linfomas del Instituto Nacional de Cancerología.

Resultados. Se identificaron 74 pacientes con linfoma MALT. La mediana de edad fue de 55 años (18-88), predominó el género femenino (60%). La localización más frecuente fue ojo/anexos oculares (54%), seguido de región gástrica (26%), glándulas salivales (12 %) y otras, principalmente vías aéreas superiores (8%). Sólo el 7% presentó síntomas B. El 80% se encontró en etapas localizadas (I-II) y 20% en etapas clínicas avanzadas (III-IV). El 72% tenía IPI bajo. El tratamiento más frecuente fue la quimioterapia a base de antracíclico (31%) seguida de radioterapia como monoterapia (28%), otros esquemas de quimioterapia (23%) y antibióticos (15%). La respuesta fue evaluada sólo en 60 pacientes, respuesta global fue de 88% (RC 76%, RP 12%), sólo 4% presentó progresión a la primera línea de tratamiento. El 11% presentó recaída. La mediana de seguimiento fue de 34 meses (1-100). La supervivencia global a 5 años para todo el grupo fue de 98% y la supervivencia libre de evento (SLE) a 5 años de 63%. La mediana de

SLE por localización fue de 72, 50 y 39 meses para estómago, glándulas salivales y otros, respectivamente, en el caso de anexos oculares no ha sido aún alcanzada.

Conclusiones. La localización más frecuente fue ojo/anexos oculares, seguida de estómago y glándulas salivales, esto difiere de otras series que reportan más casos de localización gástrica. El pronóstico de SG a largo plazo es bueno, la mediana aún no ha sido alcanzada; sin embargo la SLE difiere de acuerdo a la localización, siendo superior en los pacientes con localización en ojos/anexos oculares y menor en pacientes con otras localizaciones, principalmente vías aéreas superiores. El tratamiento a pesar de ser heterogéneo no tuvo impacto en la supervivencia global, lo cual apoya un manejo conservador buscando la menor toxicidad posible.

1358 Expresión de los ligandos MICA y MICB en la línea linfoide humana Jurkat positiva al receptor activador NKG2D

Estrada Salas Alejandra Sarahí¹, Rodríguez Ortiz Isabel Guadalupe¹, Mendoza Rincón Jorge Flavio²

¹ FES-Zaragoza, UNAM, ² Universidad Nacional Autónoma de México
jflavio.m@gmail.com

Introducción. La expresión de las proteínas de estrés fisiológico MICA y MICB por células infectadas viralmente o por transformación maligna permiten su reconocimiento por linfocitos T citotóxicos y por células NK. Este mecanismo de inmunovigilancia permite la eliminación de las células infectadas o transformadas por unión al receptor activador NKG2D presente en células citotóxicas y NK. Resultados obtenidos en nuestro laboratorio han mostrado que células tumorales y leucémicas secretan en forma soluble las proteínas MICA y MICB y

expresan de manera simultánea el receptor NKG2D. La consecuencia de este fenómeno biológico es una mayor proliferación provocada por el sistema MICA/MICB-NKG2D que se ha demostrado en células tumorales de origen epitelial y en líneas leucémicas. Debido a que células citotóxicas expresan el receptor activador NKG2D en forma constitutiva decidimos explorar si en células linfoides tumorales se da la expresión de los ligandos MICA y MICB ya que ello corroboraría resultados preliminares obtenidos en nuestro laboratorio. Por ello, con la finalidad de explorar los efectos *in vitro* en línea linfóide humana Jurkat se administró de manera exógena las proteínas MICA y MICB y se analizó por citometría su presencia y se determinó la estimulación

a la proliferación en esta línea tumoral. Consideramos que los resultados observados muestran que el sistema MICA/MICB-NKG2D puede estar asociado a un proceso de proliferación continua y ello puede tener consecuencias en la neo-transformación, invasión y metástasis en la oncogénesis.

Objetivo. Analizar la expresión de MICA y MICB en la línea leucémica Jurkat evaluando su contribución a un incremento en su estatus proliferativo.

Material y métodos. Las células Jurkat linfoides humanas fue adquirida del ATCC y se mantuvo en cultivo en medio RPMI-1640 suplementado al 10% con Suero Fetal Bovino. Los cultivos se mantuvieron a 37°C, con un 5% de CO₂ y a una atmósfera húmeda a saturación del

90%. Para los ensayos de citometría se utilizaron 500,000 células por ensayo y para la inmunohistoquímica 50,000. Los anticuerpos utilizados fueron específicos para MICA, MICB y NKG2D. Los ensayos se repitieron 3 veces.

Resultados. Mediante el análisis por citometría e inmunohistoquímica se determinó la presencia de MICA, MICB y NKG2D en la línea linfóide Jurkat versus células linfoides normales que sólo expresan el receptor activador NKG2D.

Conclusiones. Se detectó la expresión de MICA-MICB-NKG2D en Jurkat versus células NK en condiciones basales que sólo expresaron el receptor activador NKG2D. Es necesario analizar si este fenómeno se presenta de manera más general utilizando otras líneas linfoides positivas a NKG2D.

NEOPLASIAS MIELOPROLIFERATIVAS

1003 Herramientas para el diagnóstico por laboratorio de citopenia y displasia idiopática de significado incierto

Palomar Fatima Cynthia, Zúñiga Mejía Porfirio

Centro Médico Dalinde
 aftley.veggeth@gmail.com

Introducción. Los términos: citopenia idiopática de significado incierto (ICUS) y displasia idiopática de significado incierto (IDUS) han sido propuestos en pacientes que no cumplen los criterios del Síndrome Mielodisplásico (SMD). Los casos documentados son escasos, pero pueden predecir SMD. En IDUS la displasia debe ser mayor a 10% en una o más líneas celulares. En ICUS la citopenia es considerable, sin causa aparente y el cariotipo puede ser normal. Todas las alteraciones persisten mínimo 6 meses.

Objetivo. Evaluar la importancia de las herramientas tradicionales de diagnóstico por laboratorio en la detección temprana de ICUS e IDUS. Conocer la epidemiología de ICUS e IDUS en población mexicana aparentemente sana que acude al Laboratorio Clínico de un Centro Médico Privado.

Material y métodos. Se analizaron 52 muestras y se les determinó biometría hemática, hierro, creatinina, vitamina B12, folato y análisis morfológico. Se tomó en cuenta ICUS: Hemoglobina 10% de las células. Se excluyeron: Pacientes con creatinina > 2.0mg/dL, con sepsis, hospitalizados y con anemia nutricional.

Resultados. ICUS: 75% positivos (48% masculinos y 52% femeninos), prevalente en mayores de 60 años, hemoglobina entre 7.04-12.67 mg/dL, neutrófilos entre 1420-7650/uL,

plaquetas entre 39,210-263,600/uL, sin displasia 12.8%, displasia en una línea celular 5.13%, en dos 17.95% y en las tres 64.1%. IDUS: 25% positivos (62% mujeres y 38% hombres), prevalente en mayores de 65 años, hemoglobina entre 10.44-14.88 g/dL, neutrófilos entre 1670-6880/uL, plaquetas entre 115,400-246,000/uL, con displasia en las tres líneas celulares 76.9% y en dos líneas 23.1%. No se reportan valores de hierro, creatinina, vitamina B12 ni ácido fólico, debido a que fue el primer filtro de exclusión y se considera que todos los pacientes incluidos tienen valores normales de estos analitos.

Conclusiones. La prevalencia en ICUS fue tres veces mayor que IDUS, los neutrófilos reportados no orientan a la posible displasia, la omisión de detección de IDUS