

## FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ELECCIÓN DEL TRATAMIENTO EN LA TROMBOCITEMIA ESENCIAL

A. Álvarez-Larrán<sup>1</sup>, J.C. Hernández-Boluda<sup>2</sup>, V. Vicente<sup>3</sup>, E. Luño<sup>4</sup>, C. Menchaca<sup>5</sup>, M. Durán<sup>6</sup>, R. García<sup>7</sup>, M.L. Antelo<sup>8</sup>, M.J. Ramírez<sup>9</sup>, I. Mata<sup>10</sup>, M.J. Muruzabal<sup>11</sup>, J.N. Rodríguez<sup>12</sup>, J.A. Marquez<sup>13</sup>, M.M. Perera<sup>14</sup>, L. Hernández Nieto<sup>15</sup>, R. Ayats<sup>16</sup>, M. García<sup>17</sup>, A.I. Vicente<sup>18</sup>, C. Burgaleta<sup>19</sup>, C. Besses<sup>1</sup>; en representación del Registro Español de Trombocitemia Esencial (RETE). GEMFIN

*Servicios de Hematología. <sup>1</sup>Hospital del Mar. Barcelona. <sup>2</sup>Hospital Clínico Valencia. <sup>3</sup>Hospital Universitario Morales Meseguer. Murcia. <sup>4</sup>Hospital Central de Asturias. Oviedo. <sup>5</sup>Hospital Txagorritxu. Vitoria. <sup>6</sup>Hospital Ciudad de Jaén. <sup>7</sup>Hospital Virgen de la Victoria. Málaga. <sup>8</sup>Hospital de Navarra. Pamplona. <sup>9</sup>Hospital General de Jerez. Cádiz. <sup>10</sup>Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga). <sup>11</sup>Hospital de Sierrallana. Cantabria. <sup>12</sup>Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva. <sup>13</sup>Hospital de Basurto. Baracaldo (Vizcaya).*

*<sup>14</sup>Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. <sup>15</sup>Hospital Universitario Insular de Gran Canarias. <sup>16</sup>Hospital Sant Pau. Barcelona. <sup>17</sup>Hospital Francesc Borja. Gandía (Valencia). <sup>18</sup>Hospital de la Ribera. Alcira (Valencia). <sup>19</sup>Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares (Madrid)*

**Introducción:** La valoración del riesgo de trombosis y hemorragia al diagnóstico de la trombocitemia esencial (TE) permite estratificar los pacientes en diferentes grupos de riesgo. Sin embargo el tipo de tratamiento administrado dentro de cada categoría de riesgo es heterogéneo.

**Objetivo:** Determinar las características al diagnóstico de la TE que influyen en la modalidad terapéutica administrada dentro de cada categoría de riesgo.

**Pacientes y métodos:** Se incluyeron un total de 605 pacientes diagnosticados de TE según los criterios de la OMS 2008. Los pacientes con edad > 60 años, antecedente de trombosis/hemorragia y cifra de plaquetas > 1500 x 10<sup>9</sup> se consideraron de alto riesgo. Se evaluó qué factores influyeron en la decisión de administrar tratamiento citorreductor en 202 pacientes de riesgo intermedio/bajo. En los pacientes de alto riesgo (n=403), se estudiaron los factores que influyeron en la elección del tipo de tratamiento citorreductor (anagrelide o hidroxiurea) así como en la decisión de añadir tratamiento antiagregante. El efecto de las diferentes variables que influyeron en la decisión terapéutica se evaluó mediante análisis univariante y multivariante incluyendo: edad, sexo, clínica microvascular, factores de riesgo cardiovascular, hemorragia, trombosis, Hb, leucocitos, plaquetas y mutación JAK2V617F.

**Resultados:** En los pacientes de riesgo intermedio/bajo se indicó tratamiento citorreductor en 55 pacientes (27%) y antiagregante/abstención en 147 (73%). Los pacientes tratados con citorreductores tenían una edad y cifra de plaquetas mayores que aquellos que se manejaron de forma conservadora (mediana edad: 50 años frente a 43 años, p=0.001, mediana cifra de plaquetas 979x10<sup>9</sup>/L frente a 676x10<sup>9</sup>/L, p< 0.001). Se indicó tratamiento citorreductor en 284 pacientes de alto riesgo (anagrelide n=32, hidroxiurea n=252) siendo los pacientes tratados con anagrelide más jóvenes (mediana edad 58 años frente a 73 años, p<0.011) y generalmente sin antecedente de trombosis/hemorragia (20% frente a 29%, p=0.03). En el subgrupo de alto riesgo sin antecedente de trombosis/hemorragia, la presencia de clínica microvascular fue la principal característica asociada a la indicación de antiagregante (18% en los que recibieron citorreductor+antiagregante frente al 3.5% de los que recibieron citorreductor en monoterapia, p= 0.01)

**Conclusión:** En los pacientes con TE de riesgo intermedio/bajo, la edad y la cifra de plaquetas son las principales variables que influyen en la elección del tratamiento mientras que en los pacientes de alto riesgo los principales factores son la edad, el antecedente de trombosis/hemorragia y la presencia de clínica microvascular.