

1ª Reunión 2025 Grupo de Patología Mieloide SCLHH

Teams Jueves 6/11/25 13.30h

1. Asistentes

Carlos Puerta	Ávila /Salamanca
Isabel Recio	Avila
Jorge Labrador	Burgos
Ágata Almela	Leon
Lucía Guerrero Fernández	Palencia
Carmen Olivier	Segovia
Raul Azibeiro	Salamanca
Marta Fonseca	Salamanca
Alberto Hernández	Salamanca
Marisa Martín Mateos	Salamanca
Estefanía Pérez	Salamanca
Magdalena Sierra	Salamanca
M Belén Vidriales	Salamanca
Cristina Alonso Madrigal	Soria
Juan Carlos Caballero	Valladolid (HC)
Rebeca Cuello	Valladolid (HC)
Lara Gómez	Valladolid (HC)
Ana Yeguas	Valladolid (HC)

2. Resumen:

Tras comentarlo entre los asistentes, se decide de forma conjunta que:

- Las reuniones se realizarán con periodicidad mensual, el primer jueves de cada mes, a las 13.30h vía Teams (duración 30mn-1h). Si se considera necesario se aumentará la periodicidad de las reuniones. Los miembros del grupo contactarán vía correo electrónico si consideran necesario comentar algún caso clínico/otras cuestiones en los periodos entre reuniones. El resumen de la reunión se remitirá por correo a todos los miembros del grupo y a BSJ para que quede colgado para consulta en la intranet de la SCLHH.
- La estructura de las reuniones será:
 - 1º Discusión de casos clínicos problema (LMA, SMD, NMP), para lo que será conveniente que con 1-2 días de antelación se envíe un resumen del caso problema (1-2 párrafos) para facilitar y agilizar la discusión del caso y la participación de los hematólogos implicados en esa patología.
 - 2º Actualización de los ensayos clínicos disponibles en cada centro abiertos para reclutamiento en cada patología.

3º Actualización de los proyectos de investigación disponibles abiertos para participación de todos los centros (los puntos 2 y 3 se pueden hacer de forma conjunta por patología).

4º En su caso, propuesta de colaboración para estudios de investigación conjuntos del grupo.

5º Ruegos, preguntas y comentarios adicionales.

- La Dra Ana Yeguas, del H Clínico Universitario de Valladolid, recuerda que tiene un proyecto de investigación, financiado en parte gracias a una beca de la SCLHH, de pacientes con SMD-BR, para estudiar por CMF la serie roja en distintos momentos evolutivos para intentar establecer un modelo de respuesta a la rEPO y/o el luspatercept, con el ruego de que se valore la inclusión de los pacientes antes del inicio de tratamiento. Contacto: Dra. Ana Yeguas.

3. Ensayos Clínicos y proyectos de investigación:

3.1 NMPc

- LMC: (Salamanca y Leon) PEARL Study: PotEntial of Asciminib in the eaRly Treatment of CML (PEARL) (1ª línea). Contacto: Dra. Magdalena Sierra

Mielofibrosis (Salamanca). Contacto: Dr. Jesús M Hernández Rivas

- PAC303 (PACIFICA) III Pacritinib vs tratamiento elegido (ruxo) Mielofibrosis primaria, post.policitemia vera o post trombocitopenia esencial. No haber tomado Ruxolitinib >10 mg en los 120 días previos y la duración total del tratamiento con dosis más altas de ruxolitinib (>10 mg diarios) sea de menos de 90 días. DIPSS Int1/2-Alto. Esplenomegalia >5cm. Plaquetas <50000; Neut>500
- XPORT-MF-044 II Selinexor monoterapia Mielofibrosis JAK-naïve, DIPPS Int1/2-Alto. Neut>1; Plaquetas 50-100.
- KRT-232-115 III Navtemadin vs Placebo + Ruxolitinib 1ª Mielofibrosis sin tto que entra a fase run-in del ensayo con monoterapia en ruxo (18-24 semanas) y si hay respuesta suboptima a ruxolitinib pasan a fase aleatorización. DIPSS Int1/2/Alto. No tener mutación p53 (en run-in llegan los resultados de p53 de central). Plaq >100000, WBC <50000, Neut >1500
- IOA-244-203 I/II Roginolisib + Ruxolitinib Refractario Mielofibrosis que no ha respondido a ruxolitinib (debe llevar más de 3 meses en tratamiento y una dosis estable >=10 mg en las 8 semanas previas a C1D1. DIPSS Int1/2-Alto. Sintomas >=10. Bazo palpable>5 cm. Plaquetas >100000, Neutros>1500, Hb>8.

3.2 SMD

3.2.1 Proyectos de investigación:

- Proyecto UMBRELLA (GESMD) UMBRELLA-SUMMA: Unified platform for a Better integral Evaluation of Myelodysplastic Syndromes in Spain-Strategy for Unraveling personalized genomic Medicine in public health system (Plataforma unificada para una mejor evaluación integral de los síndromes mielodisplásicos en España: estrategia para desarrollar la medicina genómica personalizada en el sistema público de salud). Información disponible en: <https://gesmd.es/proyecto-umbrella/>. Contacto: Dr. Raul Aziveiro
- Registro español de SMD (GESMD). Información disponible en: <https://gesmd.es/registro/> Contacto: Dr. Raul Aziveiro
- Modelo predictivo de respuesta a la eritropoyetina y/o luspatercept en base a la expresión antigénica de los eritroblastos por citometría de flujo multiparamétrica en pacientes con síndromes mielodisplásicos de bajo riesgo. Investigadora Principal: Dra. Ana Yeguas (Hospital Clínico Universitario de Valladolid). Información disponible en <http://www.sclhh.org/becas.html>.

3.2.2 Ensayos clínicos (Salamanca):

- SMD-BR. EC ELEMENTS. 1ª línea en pacientes independientes de transfusión con Hb inferior o igual a 9.5g con Luspatercept. No LMMC pero si permite SMD/SMP-T. Randomizado: podría tocarle rama de EPO alfa, no crossover. Contacto: Dr. Raul Aziveiro
- SMD-BR. EC RENEW 2ª línea tras fallo o no candidato a EPO (>200) pero no puede haber recibido Luspatercept. No SMD/SMP o del(5q). No Azacitidina. Elritercept cada 4 semanas subcutáneo (similar a Luspa). Randomizado: podría tocarle rama placebo. Contacto: Dr. Raul Aziveiro
- SMD-BR. EC MIDAS. 2ª línea en pacientes en los que ha fallado EPO o Luspa (han tenido que recibir alguno de los dos tratamientos). No SMD/SMP. No puede haber recibido Lena o Aza. Momelotinib oral a 150mg o 300mg una vez al día. No rama placebo, todos reciben el fármaco. Contacto: Dr. Raul Aziveiro
- SMD-AR EC PyramIDH. IDH1+. 1ª línea Azacitidina +/- inhibidor IDH1 (Ivosidenib). Dos brazos con 2 dosis diferentes. Contacto: Dra. Marta Fonseca
- SMD-AR EC GLORA-4 (entran AR y progresiones de BR). Azacitidina +/- Lisoftoclax (iBCL-2). Contacto: Dra. Marta Fonseca
- VEXAS: EC PAXIS. Pacritinib vs placebo Mutación en UBA1 confirmada con NGS o PCR. Evidencia de afectación por VEXAS en los 6 meses previos (cuadro inflamatorio). Contacto: Dra. Marta Fonseca

3.3 LMA

3.3.1 Ensayos clínicos Burgos: El Dr. Labrador comenta los ensayos clínicos abiertos para reclutamiento (y otros que se abrirán próximamente) en el Hospital Universitario de Burgos (pendiente de recibir información para completar el apartado).

3.3.2 Ensayos clínicos Salamanca (abiertos para reclutamiento): Contacto: Dra. Belén Vidriales

- LAM RR . DSP-5336-101. Fase I/II. NPM1 o MLL (se acepta local) DSP-5336 (inhibidor menina oral). Monoterapia. Fase I: LMA RR, LAL RR, Mixed con NPM1 o MLL. Fase II: LMA RR con NPM1 o MLL. HAY QUE CONSULTAR SI SLOT
- LMA RR. 75276617ALE1001. (CAMELOT-1. LMA RR con NPM1 o MLL. Fase I/II FIRST IN HUMAN. Bleximenib monotherapy (inhibidor menina oral). Monoterapia. Si han recibido

previamente inhibidor de menina pueden entrar pero con autorización. HAY QUE CONSULTAR SI SLOT

- LAM de novo FIT. SNDX-5613-0708. LMA FIT KMT2A/MLL, NPM1 y NUP98. Fase I. Revumenib. (inhibidor de menina). Fase I, en combinación con Ida/AraC (tratamiento convencional + revumenib). HAY QUE CONSULTAR SI SLOT
- LAM de novo FIT. AC220-168. LMA FIT de novo FLT3-ITD NEGATIVA, 18-70 años. Fase III. Quimio intensiva + Quizartinib (iFLT3-ITD) vs placebo. No entran secundarias, ni BCR/ABL+
- LAM de novo UNFIT. 75276617AML3001 (CAMELOT-2). Fase III LMA UNFIT de novo con NPM1, KMT2A. Entren >10% blastos (2022ICC). Bleximenib (inhibidor de menina). Bleximenib vs Placebo +Azacitidina+Venetoclax. No tratamiento previo para SMD.

4. Ruegos y Preguntas

No se formulan, salvo lo referido en el punto 2.

Se da por finalizada la reunión a las 14.10h y se emplaza a los miembros del grupo a la próxima reunión que se realizará vía Teams el jueves 4 de diciembre 2025, via Teams, link: https://teams.microsoft.com/l/meetup-join/19%3ameeting_ODE5ZTYxMzEtZmQ1ZC00MmMxLWJlMDgtMTA3MzJjZTg2ZmY5%40thread.v2/0?context=%7b%22Tid%22%3a%22b5fe615d-31fb-4bdb-8cb4-a430bc196104%22%2c%22Oid%22%3a%228942175f-e192-4b06-8456-7f5d802d9c87%22%7d