

REVISION BIBLIOGRAFICA PTI MAYO Y JUNIO DE 2026

- **Switching patients with immune thrombocytopenia (ITP) to avatrombopag from other thrombopoietin receptor agonists: The real-world experience of the Spanish ITP Group (GEPTI)**

Pascual-Izquierdo C, Bastida JM, Valcárcel D, Sánchez-González B, Mingot-Castellano ME, Canaro-Hirnyk M, Aguilar-Monserrate G, Ortiz-López A, Carbonell S, García-Lázaro S, Martín-Carrizosa A, Alonso-Martínez C, Alcalde-Mellado P, Pedrote-Amador B, Serrasolses-Alemany E, Remezal-Serrano M, Canet-Maldonado M, Gómez-Del-Castillo MD, Lasa-Eguialde M, García-Jaén P, Carrasco-Macedo S, González-Gascón-Y-Marín I, Zafra D, Fernández-Canal C, Piernas-Fontanilla S, Hernández-Vázquez L, Morales-Espino E, Cobo-Rodríguez T, Martínez-Carballeira D, González-Marugán P, Bolaños-Caderón E, Caballero-Navarro G, Revilla-Calvo N, Arquero-Portero T, Cervera M, Rodríguez-López M, Bañón-Soria J, Ramírez-López A, Álvarez-Román MT; Spanish ITP Group (GEPTI). Switching patients with immune thrombocytopenia (ITP) to avatrombopag from other thrombopoietin receptor agonists: The real-world experience of the Spanish ITP Group (GEPTI). *Br J Haematol*. 2026 May 29. doi: 10.1111/bjh.70595. Epub ahead of print. PMID: 42216511.

Se reclutaron 208 pacientes con PTI que cambiaron de eltrombopag o romiplostim a avatrombopag debido a falta de eficacia (115 [55.3%]), conveniencia (66 [31.7%]) o eventos adversos surgidos durante el tratamiento (EAST) (27 [13.0%]). Los pacientes fueron seguidos durante una mediana de 63.9 semanas (rango intercuartílico [RIC]: 31.1–100.4). El 92% de los pacientes que cambiaron debido a falta de eficacia y que tenían un RP basal $<50 \times 10^9/L$ respondieron al avatrombopag (RP $\geq 50 \times 10^9/L$ con una duplicación de los valores basales). La respuesta se mantuvo en el 81.2% de los pacientes después de 56.4 (24.6–90.2) semanas. El 92% de los pacientes que cambiaron por conveniencia o TEAS mantuvieron una respuesta a largo plazo. El 51% de los pacientes que cambiaron por fracaso del AR-TPO y que utilizaban medicación concomitante la suspendieron mientras recibían avatrombopag. En los pacientes que cambiaron por conveniencia o TEAS, la dosis de mantenimiento disminuyó de 140 (140–140) a 80 (60–140) mg/semana. Catorce pacientes (6.7%) suspendieron el avatrombopag debido a TEAS. La tasa de tromboembolismo fue del 3.8%. No surgieron nuevos problemas de seguridad. En esta gran cohorte de la vida real, el cambio de eltrombopag o romiplostim a avatrombopag indujo de forma segura una recuperación duradera del recuento de plaquetas.

- **Exploring the Burden on Patients Living With and Receiving Treatment for Immune Thrombocytopenia (ITP): Patient and Physician Perceptions From the ITP World Impact Survey (I-WISH) 2.0**

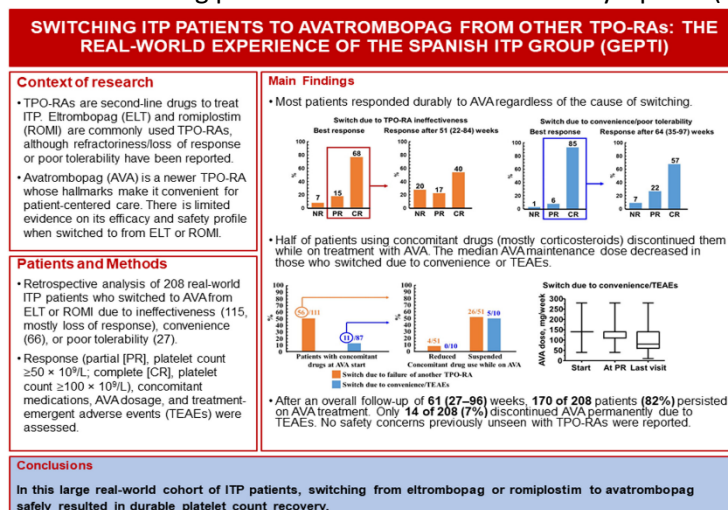
Cooper N, Bussel J, Ghanima W, Provan D, Tomiyama Y, Hou M, et al. Exploring the Burden on Patients Living With and Receiving Treatment for Immune Thrombocytopenia (ITP): Patient and Physician Perceptions From the ITP World Impact Survey (I-WISH) 2.0. Am J Hematol. 2026;101(10):1954-1970.

Se trata de una actualización del estudio global I-WISH que analizó la percepción de 1018 pacientes y 431 médicos en 15 países. Aproximadamente un tercio de los pacientes refirió alto impacto de la PTI en las actividades diarias y la vida familiar/social; un 54% refirió alto impacto en el bienestar emocional. Existe discordancia en la percepción de la fatiga: la refieren como síntoma frecuente y problemático el 48% de los pacientes frente al 29% de los médicos. El 97% de los pacientes había recibido tratamiento (corticoides los más frecuentes); un 28% habría elegido un tratamiento distinto. Dos tercios estaban en remisión estable y sostenida, y dos tercios preferían limitar el tiempo en tratamiento.

Conclusión: la PTI y su tratamiento suponen una carga relevante para los pacientes, especialmente por la fatiga; se subraya la necesidad de una toma de decisiones compartida alineada con las expectativas del paciente. Aunque la mayoría está satisfecha con los tratamientos (principalmente corticoides y TPO-RA), existe un fuerte deseo (66%) de no depender de medicación de por vida y lograr remisiones sostenidas sin tratamiento. El estudio recalca la necesidad de una toma de decisiones compartida que considere la calidad de vida más allá de las cifras de plaquetas.

- **Real-world treatment patterns and outcomes among patients with immune thrombocytopenia (ITP) who switched treatment from eltrombopag or romiplostim to avatrombopag in the United States: Results from the REAL-AVA 3.5 study**

Piatek C, Oladapo A, Kolodny S, Vredenburg M, Lucht S, Bland E, et al. Real-world treatment patterns and outcomes among patients with immune thrombocytopenia (ITP) who switched



treatment from eltrombopag or romiplostim to avatrombopag in the United States: Results from the REAL-AVA 3.5 study. *Br J Haematol.* 2026;208(6):2185-2193. doi: 10.1111/bjh.70531.

Este estudio retrospectivo en vida real evaluó a 201 pacientes que cambiaron de eltrombopag o romiplostim a avatrombopag. Estudio retrospectivo de revisión de historias clínicas en USA.); motivo más frecuente de cambio a avatrombopag: falta de eficacia del TPO-RA previo (59,2%). Los pacientes con plaquetas basales $<30 \times 10^9/L$ (n=79), el 98,7% y el 94,9% alcanzaron recuentos $\geq 30 \times 10^9/L$ y $\geq 50 \times 10^9/L$, respectivamente, con avatrombopag. La durabilidad mediana de la respuesta: 93,8% ($\geq 30 \times 10^9/L$), 89,6% ($\geq 50 \times 10^9/L$) y 67,4% ($\geq 100 \times 10^9/L$) del tiempo en tratamiento. La respuesta fue duradera, manteniéndose por encima de $50 \times 10^9/L$ el 89,6% del tiempo de tratamiento. El estudio concluye que avatrombopag es una opción eficaz y conveniente para pacientes que han fallado o no toleran otros agonistas del receptor de trombopoyetina.

- **Age-related and disease-specific changes in B-cell profiles in older adults with immune thrombocytopenia**

Monzón Manzano E, Herrero Carrasco C, Acuña P, del Pino Molina L, Arias-Salgado EG, Mendoza A, et al. Age-related and disease-specific changes in B-cell profiles in older adults with immune thrombocytopenia. *Front Immunol.* 2026;17:1791460. doi: 10.3389/fimmu.2026.1791460.

La investigación analizó las alteraciones en los linfocitos B en pacientes mayores de 65 años con PTI crónica frente a controles sanos y pacientes jóvenes. Se estudió el inmunofenotipo comparando pacientes con PTI >65 años frente a ≤ 65 años y controles sanos pareados por edad. Los pacientes con PTI >65 años mostraron, respecto a los ≤ 65 , menor población de células B inmaduras/transicionales, más células B naïve CD21-CD24- y mayor BAFF plasmático. Frente a los controles sanos ≤ 65 años, los pacientes con PTI ≤ 65 años presentaron menor recuento total de células B pero un aumento significativo del subset B naïve CD21-CD24. Los pacientes con PTI >65 años mostraron expansión de subpoblaciones B naïve y de memoria IgMD+ CD21-CD24- y CD21-CD24++ respecto a los controles sanos >65 años. Conclusión: el envejecimiento induce cambios en el fenotipo de linfocitos B similares a los observados en la PTI, salvo la expansión del subset B naïve CD21-CD24-, que parece característica de la PTI y compartida con otras enfermedades autoinmunes, como la reducción de células B inmaduras/transicionales. Además, los pacientes mayores presentaron niveles significativamente más altos de BAFF (factor activador de células B), lo que podría contribuir a la pérdida de tolerancia inmunológica.

- **Unmasking the link: pulmonary embolism risk and outcomes in adults with immune thrombocytopenia**

Zhang L, An Z, Zhao P, et al. J Thromb Haemost. 2026 May 9:S1538-7836(26)00281-3. doi: 10.1016/j.jtha.2026.04.030. Online ahead of print.

Estudio de casos y controles anidado en una cohorte de 7281 adultos con PTI primaria (2011-2025); se identificaron 25 casos de embolia pulmonar (EP), con una incidencia de 0,46 por 1000 personas-año, emparejados 1:3 con controles con PTI sin EP. Mediana de edad al diagnóstico de EP: 65 años; mediana de 199 días desde el diagnóstico de PTI. El 76% de los pacientes ya había alcanzado respuesta al tratamiento de la PTI en el momento de la EP. La anticoagulación precoz se asoció a mejor evolución; se registraron 2 fallecimientos dentro de los 30 días posteriores al diagnóstico de EP. Factores de riesgo independientes de EP tras PTI: antecedente de trombosis (HR 6,123; $p=0,002$) y neoplasia activa concurrente (HR 4,468; $p=0,045$). Conclusión: la EP es una complicación infrecuente pero clínicamente relevante en la PTI del adulto; identificar los factores de riesgo permite optimizar el manejo clínico conjunto.