BIBLIOGRAFÍA FEB 24_ 2022

Comparative efficacy of 19 drug therapies for patients with **idiopathic thrombocytopenic purpura**: a multiple-treatments network meta-analysis.
Zhou H, Fan J, He J, Hu S.
Ann Hematol. 2022 Feb 12. doi: 10.1007/s00277-022-04784-0. Online ahead of print.PMID: 35149911

En este metánalisis llevado a cabo por investigadores del Department of Hematology and Oncology, The Children's Hospital of Soochow University, de Suzhou, China
Existe controversia sobre la elección del tratamiento adecuado en PTI. Se revisaron sistemáticamente 19 ensayos controlados aleatorios (que incluyeron 2615 participantes) desde el 1 de enero de 2015 hasta el 20 de abril de 2021. Estas investigaciones compararon múltiples fármacos o sus combinaciones en el rango de dosis terapéuticas para el tratamiento de la PTI. El criterio de valoración principal se basó en la proporción de pacientes que respondieron a estas terapias. La eficacia de eltrombopag más rituximab, avatrombopag, dexametasona más anti-HP y dexametasona más rhTPO fue significativamente mayor que la del placebo (OR: 46,66, 29,44, 2,66, 1,86) o la dexametasona sola (OR: 46,22, 29,01, 2,22, 1,40). El placebo, los inmunosupresores orales y la dexametasona más oseltamivir fueron menos eficaces que los otros tratamientos de la PTI probados. Eltrombopag más rituximab puede ser la mejor opción al iniciar el tratamiento de la PTI.

Cost-effectiveness of second-line therapies in adults with chronic **immunethrombocytopenia**.
Goshua G, Sinha P, Kunst N, Pischel L, Lee AI, Cuker A.

Am J Hematol. 2022 Feb 11. doi: 10.1002/ajh.26497. Online ahead of print.PMID: 35147241

Los autores estudian la costo-efectividad de los tratamientos en PTI.
Las principales opciones para el tratamiento de 2ª línea en adultos con trombocitopenia inmune crónica (PTI) incluyen la esplenectomía, el rituximab y los agonistas del receptor de trombopoyetina (TRA). Las directrices de la Sociedad Americana de Hematología recomiendan el rituximab en lugar de la esplenectomía, los TRA en lugar del rituximab, y la esplenectomía o los TRA, aunque señalan la falta de pruebas sobre la rentabilidad de estos tratamientos.
Utilizando datos prospectivos, observacionales y meta-analíticos, realizamos el primer análisis de coste-efectividad de las terapias de segunda línea en la PTI crónica, desde la perspectiva del sistema de salud estadounidense. A lo largo de un horizonte temporal de 20 años, nuestro modelo de Markov de seis estrategias muestra que una estrategia que

incorpora la esplenectomía temprana, un enfoque en desacuerdo con las directrices actuales y la práctica clínica, es la estrategia rentable.
Las cuatro estrategias que utilizan TRAs en la primera o segunda posición cuestan más de 1 millón de dólares por año de vida ajustado a la calidad, en comparación con las estrategias que implican el uso temprano de esplenectomía y rituximab. En un análisis de sensibilidad probabilístico, el uso temprano de la esplenectomía y el rituximab en cualquier orden se vio favorecido en el 100% de 10 000 iteraciones. El coste anual de los TRA tendría que disminuir más del 80% para empezar a ser rentable en cualquier estrategia de TRA temprana. Nuestros datos indican que la eficacia de las estrategias TRA tempranas y TRA tardías es similar, siendo el coste significativamente mayor con las estrategias TRA tempranas. En contra de las tendencias y directrices actuales de la práctica, el uso temprano de la esplenectomía y el rituximab, en lugar de los TRA, constituye un tratamiento rentable en adultos con PTI crónica.

Incidence of venous thrombotic events and events of special interest in a retrospective cohort of commercially insured US patients.
Weller SC, Porterfield L, Davis J, Wilkinson GS, Chen L, Baillargeon J.BMJ Open. 2022 Feb 9;12(2):e054669. doi: 10.1136/bmjopen-2021-054669.PMID: 35140157

En este estudio se estima la incidencia en EE.UU. de eventos trombóticos y en enfermedades raras.Diseño: Estudio de cohorte retrospectivo de incidencia basado en reclamaciones. Los datos se obtuvieron de la base de datos de reclamaciones administrativas de “seguros médicos comerciales” de EE.UU. Se seleccionaron adultos de 25 a 64 años de edad entre 2015 y 2019 con un mínimo de 12 meses consecutivos libres de trombosis de inscripción continua a partir de 2014.

Resultados principales: Se determinaron las tasas de incidencia específicas por estrato de edad (intervalos de 10 años) y sexo por cada 100 000 personas-año para el tromboembolismo venoso (TEV), la trombosis venosa cerebral (TVC) y otros eventos trombóticos venosos mayores, y eventos de interés especial, **incluyendo la púrpura trombocitopénica inmune (PTI),** el síndrome urémico-hemolítico (SHU) y la trombocitopenia inducida por heparina (TIH).

Resultados: De 13.249.229 inscritos (la mitad mujeres/varones), la incidencia de eventos tromboembólicos venosos (trombosis venosa profunda (TVP), embolia pulmonar (EP), TVC u otras afecciones trombóticas venosas importantes) fue de 247,89 por cada 100.000 personas-año (IC 95%: 245,96 a 249,84). La incidencia de TEV fue de 213,79 con los códigos CIE solos (IC del 95%: 211,99 a 215,59) y de 129,34 (IC del 95%: 127,95 a 130,75) cuando también se requería una prescripción de anticoagulación o un filtro de vena cava inferior (VCI). La incidencia fue de 6,37 para la TVC (IC 95%: 6,07 a 6,69), 26,06 para la PTI (IC 95%: 25,44 a 26,78), 0,94 para el SHU (IC 95%: 0,82 a 1,06) y 4,82 para la TIH (IC 95%: 4,56 a 5,10). La coexistencia de la TVC con la PTI o la TIH (diagnósticos con 14 días de diferencia) fue de 0,090 (IC del 95%: 0,06 a 0,13). La incidencia tendió a aumentar con la edad y fue mayor en las mujeres menores

de 55 años. La incidencia de TVC, SHU y TVC con PTI o TIH fue mayor en las mujeres de todos los grupos de edad. La incidencia de la EP y la TVC aumentó significativamente durante el período de 5 años, mientras que las tasas de TVP disminuyeron.
Concluyen que estos resultados son las primeras estimaciones en Estados Unidos de la incidencia de eventos trombóticos de interés en una población.

Changing profile of platelet activity and turnover indices during treatment response of **immune** **thrombocytopenia**.
Ou C, Chang H, Hung YS, Kuo MC, Li PL, Lin TL.Clin Exp Med. 2022 Feb 8. doi: 10.1007/s10238-022-00790-8. Online ahead of print.PMID: 35137341

Tanto el recuento como la función de las plaquetas cambian tras el tratamiento de la trombocitopenia inmunitaria. La función plaquetaria puede medirse mediante marcadores plasmáticos, incluida la actividad plaquetaria [por ejemplo, la P-selectina soluble (sP-selectina) y el ligando CD40 soluble (sCD40L)] y los marcadores de recambio plaquetario [por ejemplo, la glicocalicina (GC)].
Los pacientes se clasificaron en ausencia de respuesta (NR, incluido el nuevo diagnóstico), respuesta parcial (PR) y respuesta completa (CR). Se recogieron ciento dieciséis muestras (29 RC, 32 RP, 55 NR) de 79 pacientes. Los marcadores plasmáticos (sP-selectina, sCD40L y GC) se midieron mediante ELISA.
El recuento de plaquetas y el volumen plaquetario medio (VPM) se obtuvieron en el laboratorio clínico utilizando el GenS System-2. Los resultados mostraron que los pacientes receptivos (PR + CR) tenían mayores niveles de sP-selectina (P = 0,026) y sCD40L (P = 0,001). Aunque no hubo diferencias en el VPM (p = 0,077) ni en el GC (p = 0,078), se produjo una marcada disminución del índice de GC (p < 0,001) en los pacientes receptivos. El análisis de muestras emparejadas no mostró diferencias en sP-selectina, sCD40L, MPV o GC, pero sí en el índice de GC (p = 0,017) entre NR y PR. Otro análisis de muestras emparejadas no mostró diferencias en sP-selectina, sCD40L, MPV o GC, pero sí en el índice de GC (p = 0,029) entre PR y CR. Los pacientes con enfermedad refractaria y recién diagnosticada presentaban una diferencia significativa en el GC (p = 0,020) y en el sCD40L (p = 0,001), a pesar de que los recuentos de plaquetas eran igualmente bajos. En conclusión, los marcadores de actividad plaquetaria (sP-selectina y sCD40L) y los índices de GC cambian en paralelo a la respuesta al tratamiento. Los niveles plasmáticos de GC y sCD40L pueden ser predictores de la respuesta al tratamiento.

Immune Thrombocytopenia (**ITP**): Relapse Versus de novo After COVID-19 Vaccination.
Al-Ahmad M, Al Rasheed M, Shalaby N, Rodriguez-Bouza T, Altourah L.
Clin Appl Thromb Hemost. 2022 Jan-Dec;28:10760296211073920. doi: 10.1177/10760296211073920.PMID: 35108113

En esta carta al editor, los autores describen una serie de casos de diez pacientes con trombocitopenia durante las primeras 4 semanas después de la vacunación con COVID-19. Los datos se recogieron entre el 1 de enero y el 31 de julio de 2021. Ninguno de los pacientes descritos tenía una infección por SARS-CoV-2 en el momento del diagnóstico de la PTI o de la recaída. Ninguno de los pacientes informó de trombocitopenia antes de la vacunación con COVID-19.

Este artículo pretende concienciar sobre la posibilidad de que se produzca una recaída de la PTI después de la vacuna COVID-19, al igual que en otras vacunas previamente comunicadas. De los 10 casos presentados 3, desarrollaron PTI de novo.

No desaconsejan la vacunación con COVID-19 a estos pacientes pero sugiere que se realice un hemograma unos días antes y después de la vacunación con el fin de descubrir antes el ataque de PTI y poder intervenir adecuadamente lo antes posible, evitando así una trombocitopenia grave no diagnosticada, una hemorragia y la necesidad de un tratamiento agresivo o un ingreso hospitalario.