

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA PTI JULIO Y AGOSTO 2026

1.- Cuker A, Terrell DR, Sowdagar H, Arnold DM, Audia S, Bussel JB, Gonzalez-Lopez TJ, Grace RF, Masias C, McCrae KR, Mitrovic M, Neunert CE, Panch SR, Shah S, Shy BG, VandeVelde J, Cines DB, Vesely SK. **American Society of Hematology 2026 Guidelines for Immune Thrombocytopenia (ITP): Initial and Second-Line Therapy in Adults with Primary ITP.** Blood Adv. 2026 Aug 19;bloodadvances.2026021269. doi: 10.1182/bloodadvances.2026021269. Epub ahead of print. PMID: 42617047.

Cambios importantes:

- En primera línea: **rituximab + corticoide o TPO-RA + corticoide** frente a corticoides solos, recomendación condicional. Énfasis en tratamiento recortado con corticoides.
- Tras fracaso de corticoides: **TPO-RA**, recomendación fuerte.
- Rituximab: recomendación condicional.
- Incluye recomendaciones prácticas sobre **cambio entre TPO-RA**.
- Esplenectomía pierde protagonismo.
- Nuevas opciones farmacológicas cuando agonistas o rituximab no están disponibles o no son apropiados: inhibidores de BTK, de SYK, MMF, azatioprina.

2.- Chowdhury SR, Sirotich E, Guyatt G, Modi D, Cuker A, Breakey VR, Grace RF, Pai M, Beck CE, Yan JW, Porter S, Kang M, Webert KE, O'Connor C, Pruitt B, MacWhirter-DiRaimo J, Paynter D, Strachan G, St John M, Molnar L, Arnold DM. **Guideline on the emergency management of critical bleeding in patients with immune thrombocytopenia.** Blood Adv. 2026 Aug 25;10(16):5558-5575. doi: 10.1182/bloodadvances.2025018818. PMID: 41637560; PMCID: PMC13487680.

- Grados de evidencia baja o muy baja, pero recomendaciones fuertes.
- Si sangrado en localización crítica o inestabilidad hemodinámica o compromiso respiratorio y <20.000 plaquetas, tratar con TODO de forma precoz: corticoide a dosis altas+IVIG+transfusión de plaquetas+tranexámico y TPO-RA, preferentemente romiplostim.
- rFVIIa no de rutina

3.- 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-Aleman E, Remezal-Serrano M, Canet-Maldonado M, Gómez-Del-Castillo MD, Lasa-Egualde 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 Aug;209(2):691-702. doi: 10.1111/bjh.70595. Epub 2026 May 29. PMID: 42216511; PMCID: PMC13462160.

208 pacientes españoles que cambiaron de eltrombopag o romiplostim a avatrombopag.

En quienes cambiaron por ineficacia y tenían plaquetas <50:

- 92% respondieron.
- La respuesta se mantuvo en 81,2% a unas 56 semanas.
- 51% de quienes tomaban tratamiento concomitante pudieron retirarlo.
- Eventos tromboembólicos: 3,8%.
- Solo 6,7% suspendió avatrombopag por efectos adversos.

4.- Fu H, An Z, Li M, Liu Y, Liu H, Feng R, Wang Z, Zhang G, Wang J, Yang L, Huang Q, Zhao P, Zang M, Wang C, He Y, Zhu X, Liu H, Wang Y, Xu L, Kong Y, Chang Y, Zhao X, Wang Y, Feng G, Huang X, Zhang X. **All-Trans Retinoic Acid plus Eltrombopag for Refractory/Relapsed Immune Thrombocytopenia.** NEJM Evid. 2026 Aug;5(8):EVIDoa2500333. doi: 10.1056/EVIDoa2500333. Epub 2026 Jul 28. PMID: 42517709.

Ensayo multicéntrico, aleatorizado, abierto; 96 pacientes.

En ITP resistente a corticoides o recidivante y plaquetas <30 ×10⁹/L:

- Respuesta sostenida a 18 meses: 60% vs 35% con eltrombopag solo.
- OR 2,78; p=0,014.
- Respuesta completa: 79% vs 58%.
- Duración mediana: 75 vs 37 semanas.
- HR de recaída: 0,45.
- Sin diferencias importantes de seguridad.

5.- Mjali A, Audia S, Miyakawa Y, Ghanima W. **Rilzabrutinib for persistent or chronic immune thrombocytopenia (ITP): a Bruton tyrosine kinase inhibitor that can target multiple pathophysiological pathways.** Expert Rev Hematol. 2026 Jul;19(7):685-696. doi: 10.1080/17474086.2026.2672113. Epub 2026 May 13. PMID: 42106923.

- Mecanismo múltiple de rilzabrutinib
- Se revisan los resultados de los ensayos LUNA2 y LUNA3, confirmando su eficacia frente a placebo.
- Se plantea su potencial utilizándolo en fases precoces de la enfermedad, antes de que la PTI se convierta en crónica.

6.- Shu J, Xu M, Li P, Xie W, Liu L, Li H, Bussel JB, Hu Y, Mei H. **BCMA-directed CAR-T cell therapy induces durable drug-free remission in refractory primary immune**

thrombocytopenia. Blood. 2026 Jul 24: blood.2026035047. doi: 10.1182/blood.2026035047. Epub ahead of print. PMID: 42498681.

- Primera experiencia clínica; 4 pacientes.
- Los cuatro pacientes con ITP primaria refractaria tratados con CAR-T anti-BCMA tuvieron recuperación plaquetaria rápida y mantenida y remisión completa sin tratamiento, llegando hasta 15 meses de seguimiento. La toxicidad fue considerada manejable.