Rev Clin Esp. 2016;216(Espec Congr):67

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

RV-030 - RIESGO VASCULAR EN PACIENTES CON LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA TRATADOS CON INHIBIDORES DE LA TIROSIN-QUINASA: EXPERIENCIA DE UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE MEDICINA INTERNA

J. González-Olmedo[1], P. Hernández-Jiménez[1], A. García-Villa[1], F. Trapiello[1], Á. Marchán[1], R. Ayala[2], C. Díaz-Pedroche[1], C. Lumbreras[1]

[1]Medicina Interna, [2]Hematología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Resumen

*Objetivos:*El tratamiento crónico con inhibidores de la tirosin-quinasa (TKI) se ha asociado con un incremento del riesgo de enfermedad cardiovascular. El objetivo de este estudio es conocer los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y la comorbilidad de los pacientes diagnosticados de leucemia mieloide crónica (LMC) tratados con TKI y seguidos en una consulta monográfica del servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid.

*Material y métodos:*Estudio descriptivo de corte transversal seleccionando los pacientes con diagnóstico de LMC y tratamiento con TKI remitidos para su seguimiento a una consulta monográfica de Medicina Interna a fecha de 1/06/16. Se han recogido variables demográficas, detalles sobre el tratamiento con TKI, presencia de factores de riesgo y morbilidad cardiovascular. Por último se ha analizado la existencia de medicación concomitante con los TKI. Los datos se analizaron con el programa estadístico SPSS 15.0.

*Resultados:*Se identificaron un total de 68 pacientes con LMC, excluyéndose 7 (2 por curación, 1 por LMC sin traslocación BCR/ABL y 4 por pérdida de seguimiento). El 59% de los pacientes eran varones. La edad media al diagnóstico de la LMC fue de 47,9 años (9,3-81,5). La media del número de meses desde el diagnóstico de LMC hasta el momento en el que se derivaron a la consulta fue de 93,4 meses (4,7-274 meses). En 4 de los 61 pacientes se realizó tratamiento de inducción de LMC con leucoaféresis, recibiendo tratamiento citorreductor con hidroxiurea el 33% del total. Todos los pacientes recibían tratamiento con TKI: el 100% de los pacientes recibieron imatinib, el 42% dasatinib, el 39% nilotinib, el 4,9% ponatinib y el 4,9% bosutinib. El 65,7% de los pacientes ha recibido tratamiento con 2 o más TKI, el 27,8% con 3 o más TKI y el 4,92% con 4 o más TKI. El motivo de cambio de TKI es toxicidad o falta de respuesta citogenética y/o molecular. El 44% de los pacientes tenían al menos un factor de riesgo cardiovascular en el momento de su primera evaluación. El factor de riesgo cardiovascular más prevalente fue la dislipemia (39%), seguido de hipertensión arterial (33%, con lesión de órgano diana en el 17% de estos pacientes) y de diabetes mellitus (11%). El 15% de los pacientes antes de su primera visita ya habían padecido algún evento cardiovascular (enfermedad coronaria, cerebrovascular y arterial periférica). Al inicio de su evaluación un 29% de los pacientes cumplía criterios de polifarmacia (5 o más fármacos concomitantes). El 33% tenía prescrito un hipotensor y hasta el 23% precisaba de 2. Los IECAS y

ARAII eran utilizados en el 90%. El 21% realizaban tratamiento hipolipemiante, siendo la atorvastatina y simvastatina los utilizados mayoritariamente (95%).

*Discusión:*El tratamiento con TKI de la LMC ha cambiado la historia natural de esta enfermedad alcanzando elevadas tasas de respuesta clínica, citogenética y molecular. En nuestra revisión se pone de manifiesto una considerable prevalencia de enfermedad ateroesclerótica sintomática (15%) y de FRCV (44%). La polifarmacia es un factor de riesgo añadido de interferencias en el 30% de los pacientes lo que conlleva un mayor riesgo de efectos secundarios y/o ineficacia del tratamiento con TKI. El tratamiento hipolipemiante se modificó en el 95% de los pacientes para evitar interferencias farmacológicas.

*Conclusiones:*La experiencia inicial de una consulta monográfica de Medicina Interna para el seguimiento de pacientes con LMC tratados con TKI muestra que estos pacientes tienen una elevada incidencia de enfermedad cardiovascular y de factores de riesgo para padecerla. La aproximación integral al paciente, propia del internista, ofrece, en colaboración con el hematólogo, el mejor marco de asistencia posible para prevenir dicha complicación.

0014-2565 / © 2016, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.