



5. VALORACIÓN CARDIOLÓGICA DE LARGOS SUPERVIVIENTES DE LEUCEMIA INFANTIL: APLICANDO LAS GUÍAS EUROPEAS DE CARDIO-ONCOLOGÍA

Cristina Urbano Sánchez, Rafael González Manzanares, Consuelo Fernández-Avilés Irache, Gloria María Heredia Campos, Juan Carlos Castillo Domínguez y Dolores Mesa Rubio

Cardiología. Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España.

Resumen

Introducción y objetivos: Existe un cada vez mayor número de supervivientes de cáncer infantil, que están en riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares (CV) a lo largo de su vida. Las guías de cardiooncología ESC-2022 recomiendan una evaluación CV periódica de estos pacientes, que varía en función del riesgo. Nuestro objetivo fue analizar el resultado de aplicar estas recomendaciones en una cohorte de largos supervivientes (LS) de leucemia infantil.

Métodos: Subanálisis del estudio CTOXALL, que estudió la prevalencia de cardiotoxicidad en LS diagnosticados en nuestro centro entre 1985-2015. Para este subanálisis, estratificamos a los LS según las categorías de riesgo propuestas en las guías ESC-2022. Se compararon FRCV y parámetros ecocardiográficos y de laboratorio entre grupos de riesgo y hermanos sanos.

Resultados: Se incluyeron 90 LS [seguimiento 18 (11-26) años] y 58 hermanos. Entre los LS, 25%, 68% y 7% fueron estratificados como riesgo bajo, moderado y alto. Las características clínicas se muestran en la tabla. El sedentarismo fue frecuente (41%) y el 15% eran fumadores (frente al 2% en los controles, $p = 0,001$). La prevalencia de disfunción sistólica del ventrículo izquierdo (DSVI) fue del 12% definida mediante FEVI y del 27% definida por GLS. No hubo diferencias según los grupos de riesgo. Las mediciones ecocardiográficas se muestran en la figura; los LS presentaron reducción en FEVI, GLS, *strain* auricular, VD. Los parámetros ecocardiográficos fueron similares entre los grupos de riesgo. Los LS presentaron un perfil lipídico más adverso y mayor elevación de TnI. Los parámetros de laboratorio fueron comparables entre los grupos de riesgo (tabla).

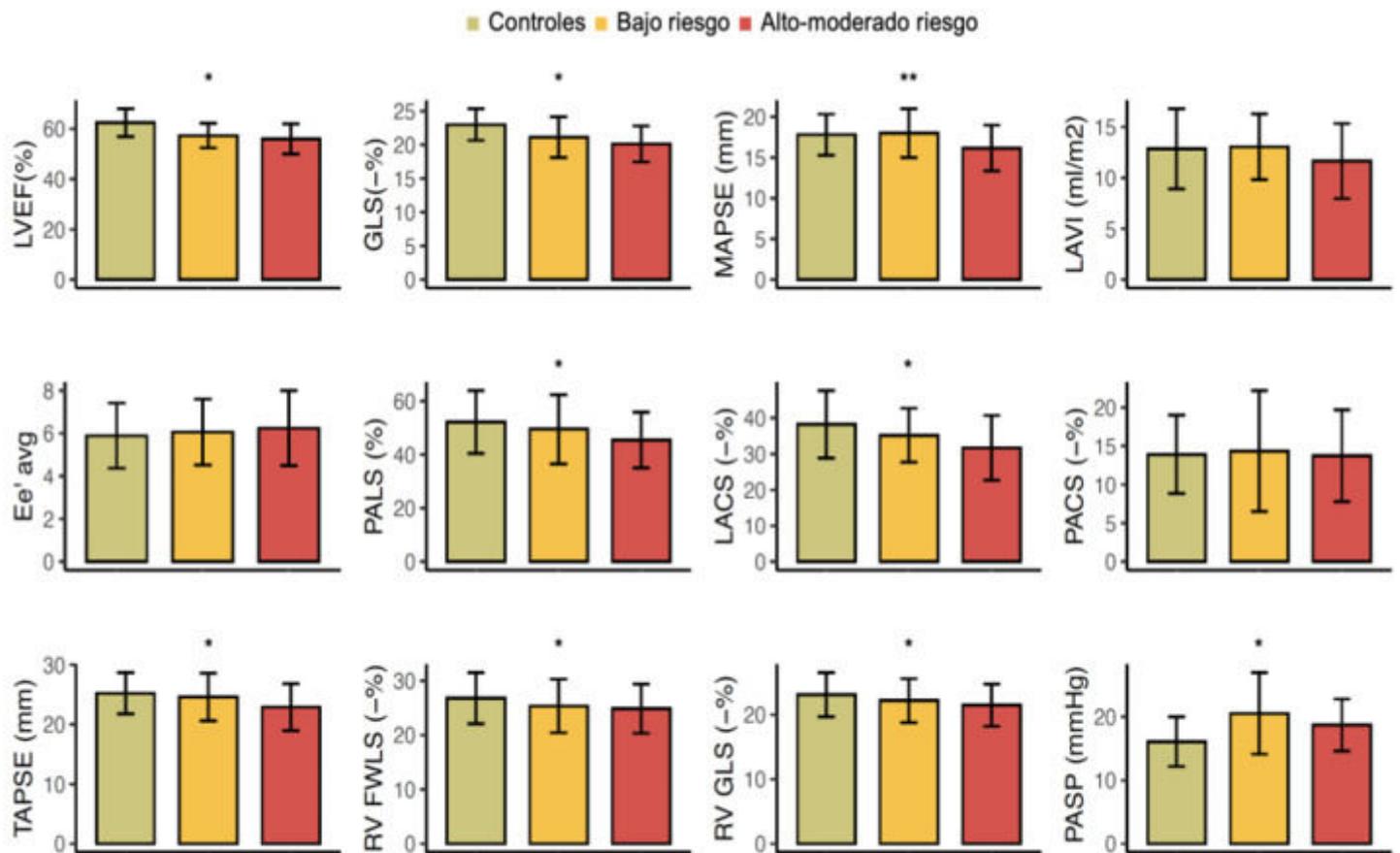
Datos clínicos y parámetros de laboratorio

	LS (N = 90)	Control (N = 58)	p	Bajo riesgo (N = 23)	Mod-alto riesgo (N = 67)	p
Años en la evaluación	24,0 (16,2-32,8)	21,5 (15,0-32,0)	0,588	25,0 (20,5-32,5)	24,0 (16,0-32,5)	0,643

Años desde el diagnóstico	18,0 (11,0-26,0)	-	-	19,0 (14,5-28,0)	17,0 (9,0-24,5)	0,121
Sexo masculino	56,0 (62,2%)	24,0 (41,4%)	0,013	14,0 (60,9%)	42,0 (62,7%)	0,877
Fumador activo	14,0 (15,6%)	1,0 (1,7%)	0,006	5,0 (21,7%)	9,0 (13,4%)	0,337
Hipertensión	3,0 (3,3%)	0,0 (0,0%)	0,280	1,0 (4,3%)	2,0 (3,0%)	0,999
Hipercolesterolemia	12,0 (13,3%)	4,0 (6,9%)	0,218	1,0 (4,3%)	11,0 (16,4%)	0,284
Diabetes mellitus	4,0 (4,4%)	1,0 (1,7%)	0,649	0,0 (0,0%)	4,0 (6,0%)	0,569
Obesidad	9,0 (10,0%)	7,0 (12,1%)	0,692	4,0 (17,4%)	5,0 (7,5%)	0,226
Sedentarismo	37,0 (41,1%)	20,0 (34,5%)	0,419	8,0 (34,8%)	29,0 (43,3%)	0,475
Colesterol total (mg/dl)	175,6 ± 32,6	174,1 ± 33,8	0,796	175,7 ± 32,8	175,6 ± 32,8	0,980
cHDL (mg/dl)	54,5 ± 15,2	61,4 ± 11,8	0,006	62,5 ± 18,8	51,6 ± 12,7	0,018
cLDL (mg/dl)	95,6 ± 26,6	95,4 ± 27,5	0,971	91,5 ± 23,5	97,0 ± 27,6	0,540
TG (mg/dl)	101,9 ± 48,8	87,0 ± 34,2	0,045	98,6 ± 47,1	103,2 ± 49,8	0,981
TG/cHDL > 2	33 (43,4%)	9 (18,0%)	0,003	7,0 (33,3%)	26,0 (47,3%)	0,273
TnI-US > 2,5 ng/L	36,0 (40,4%)	10,0 (18,5%)	0,006	9,0 (39,1%)	27,0 (40,9%)	0,881
NT-ProBNP > 125 pg/ml, n (%)	12 (13,5%)	3 (5,8%)	0,152	4,0 (17,4%)	8,0 (12,1%)	0,499
Dosis antraciclinas (mg/m ²)	138 (72-192)	-	-	72,0 (72,0-72,0)	180 (114-198)	0,001
Radioterapia	3,0 (3,3%)	-	-	0,0 (0,0%)	3,0 (4,5%)	0,567

TPH 17,0 (18,9%) - - 0,0 (0,0%) 17,0 (25,4%) 0,005

LS: largos supervivientes. TG: Triglicéridos. TnI-US: Troponina I Ultrasensible.



*p< 0.05 para supervivientes vs controles.** p<0.05 para bajo vs moderado-alto riesgo

Conclusiones: Esta evaluación CV de LS basada en las guías reveló una alta prevalencia de DSVI. La elevada prevalencia de FRCV modificables resalta la importancia de la vigilancia CV periódica y la promoción de estilos de vida saludable en esta población. Dado que la estratificación del riesgo no pareció proporcionar un valor añadido, se necesitan más estudios para identificar a los pacientes que se beneficiarían de un seguimiento más estrecho.