



6028-4. CARDIOTOXICIDAD EN EL TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA: ¿EXISTEN DIFERENCIAS ENTRE EL AUTÓLOGO Y EL ALOGÉNICO?

Beatriz Aguiar Bermúdez, Jesmar Alejandro Ramonis Quintero, Mario Galván Ruiz, Javier Bautista García, Miguel Fernández de Sanmamed Girón, Melissa Torres Ochando, Leslie González Pinedo, José Antonio Bonilla Fernández, Marcos Escobar González, Irina Suárez Pérez, David Rúa-Figueroa Erausquin, Verónica Quevedo Nelson, Antonio García Quintana, María Perera Álvarez y Eduardo José Caballero Dorta

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria.

Resumen

Introducción y objetivos: El trasplante de médula ósea (TMO) forma parte del tratamiento de las neoplasias hematológicas, compartiendo tanto el autólogo como el alogénico, tratamientos quimioterápicos potencialmente cardiotoxicos. Se realizó un seguimiento para valorar si existen diferencias a nivel de toxicidad cardiológica entre ambas terapias.

Métodos: Se llevo a cabo un estudio ambispectivo de todos los pacientes que recibieron TMO por parte del servicio de Hematología de nuestro hospital, entre enero de 2018 y enero 2021. Se recogieron datos epidemiológicos, clínicos y ecocardiográficos según la práctica habitual.

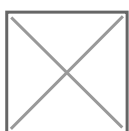
Resultados: De 178 pacientes que recibieron TMO, el 53,9% (n 96) fueron alógenicos mientras que el 46,1% (n 82) autólogos. No hubo diferencias en cuanto a la distribución por sexos, pero sí en la edad media ($49,7 \pm 14,8$ vs $56 \pm 11,4$; p 0,005) (tabla). Se observó una mayor prevalencia de FA en el grupo de los alogénicos (6,3 vs 0; p valor 0,021), no existiendo otras diferencias en cuanto a comorbilidades. El uso de antraciclinas fue mayor en el alogénico respecto al autólogo (67,4 vs 50%, p 0,019), al igual que el uso de ciclofosfamida (71,9 vs 20,7%, p 10 puntos) respecto a los autólogos, sin significación estadística (8 vs 4; p 0,355). La presencia de insuficiencia cardiaca (IC) previa al TMO es mayor en los trasplantes alogénicos (8,3 vs 3,7%, p 0,197), mientras que la prevalencia de IC posterior al tratamiento se iguala en ambos grupos (12,5 vs 11%; p 0,753) (fig.). La mortalidad fue mayor en los TMO alógenicos (40,6 vs 18,6%, p 0,001), siendo por causa cardiovascular en dos de los pacientes recogidos.

Características de los pacientes que recibieron TMO

TMO alogénico	TMO autólogo	p
N = 96 (53,9%)	N = 82 (46,1%)	

Datos demográficos

Varón	52 (54,2%)	49 (59,8%)	0,453
Mujer	44 (45,8%)	33 (40,2%)	
Comorbilidades			
Hipertensión arterial	26 (27,1%)	29 (35,4%)	0,233
Diabetes mellitus	13 (13,5%)	7 (8,5%)	0,292
Dislipemia	15 (15,6%)	11 (13,4%)	0,677
Fibrilación auricular	6 (6,3%)	0	0,021
Neoplasia previa	13 (13,5%)	12 (14,6%)	0,834
Datos ecocardiográficos			
FEVI previa	62,8 ± 6,5	64,3 ± 6,3	0,348
FEVI post	65,2 ± 7,8	65,9 ± 8,1	0,399
Caída de la FEVI > o = 10% respecto al basal	8 (10,7%)	4 (6,3%)	0,355
Pronóstico			
IC previa TMO	8 (8,3%)	3 (3,7%)	0,197
IC post-TMO	12 (12,5%)	9 (11%)	0,753
Exitus	39 (40,6%)	15 (18,3%)	0,001



Presencia de IC en pacientes con TMO alogénicos vs autólogos.

Conclusiones: A pesar de las diferencias en los protocolos de quimioterapia entre ambas terapias hematológicas, no se observaron diferencias en el seguimiento entre ambos grupos en nuestra población. Estudios con mayor tamaño muestral serían necesarios para valorar el impacto cardiovascular de estos tratamientos.