



6003-10. HIPERTENSIÓN ARTERIAL ASOCIADA AL TRATAMIENTO CON IBRUTINIB EN EL ÁMBITO DE UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE CARDIO-ONCO-HEMATOLOGÍA

Clara Rodríguez González¹, Eva Gimeno Vázquez², Mireia Blé Gimeno³, María Solagne Flores Moran⁴, Tamara Martos Cardenas⁵, Felicidad Martínez Medina⁶, Nuria Farré López⁷, Antonio Salar⁸ y Laia Carla Belarte-Tornero⁹

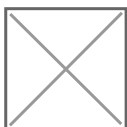
¹Servicio de Cardiología. ²Unidad de Cardio-Hemato-Oncología. Servicio de Hematología. ³Unidad de Cardio-Hemato-Oncología. Servicio de Cardiología. ⁴Servicio de Hematología. ⁵Unidad de Cardio-Hemato-Oncología. Servicio de Oncología. ⁶Servicio de Cardiología. ⁷Servicio de Cardiología. Hospital del Mar. Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM), Barcelona. ⁸Servicio de Hematología, y ⁹Unidad de Cardio-Hemato-Oncología. Servicio de Cardiología. Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM), Barcelona. Hospital del Mar, Barcelona.

Resumen

Introducción y objetivos: Una de las principales complicaciones cardiovasculares (CV) del tratamiento con inhibidores de la tirosina cinasa de Bruton es la aparición o el mal control de la hipertensión arterial (HTA), con una incidencia estimada muy variable según las distintas series. Se requiere un seguimiento estrecho para su detección y tratamiento precoz.

Métodos: Objetivo: Describir la incidencia y características de presentación de la HTA de nueva aparición o su empeoramiento en pacientes tratados con ibrutinib dentro de un seguimiento estrecho y multidisciplinar en una Unidad de CardioHematoOncología. Se consideró HTA asociada al fármaco ($> 140/90$ mmHg) la HTA de nueva aparición o el mal control en caso de HTA previa tras el inicio de ibrutinib. Las estrategias de tratamiento, la mortalidad y los principales eventos CV se registraron en el seguimiento.

Resultados: Entre abril/2016 y septiembre/2021, 59 pts iniciaron ibrutinib. Características basales en la tabla. Tenían HTA previa 32 pts (54,2%). Los pacientes estaban tratados preferentemente con inhibidores de la enzima de conversión de angiotensina (IECA) o bloqueadores de los receptores de angiotensina II (ARB) (15 pts-46,9%), diuréticos (18 pts-56,3%) y bloqueadores beta (11 pts-34,4%). Antes del inicio de ibrutinib, la HTA se consideraba controlada en el 71,9%. Sin embargo, en el 18,8% de los pts se desconocía el control. Se detectó HTA asociada a ibrutinib (HTA-i) en 15 pts (25,4%) durante el seguimiento (nueva aparición en 5 pts-8,5%; y empeoramiento de HTA previa en 10 pts-16,9%). La mediana de tiempo hasta el diagnóstico de HTA-i fue de 3 (1-21) meses. La HTA-i se detectó principalmente durante las visitas ambulatorias (86,7%) realizadas por hematólogos (60%), cardiólogos (33,3%) o médicos generales (6,7%). El tratamiento anti-HTA se modificó en el 80% de los pacientes y solo 1 paciente (6,7%) suspendió transitoriamente el ibrutinib debido a una hipertensión no controlada. Mortalidad y eventos CV en la tabla.



Conclusiones: La HTA previa es muy prevalente en los pacientes tratados con ibrutinib. El seguimiento estrecho y multidisciplinar es importante para prevenir y detectar rápidamente el empeoramiento de la hipertensión, así como para diagnosticar la hipertensión de nueva aparición. Iniciar y optimizar el tratamiento de la HTA podría prevenir eventos CV en esta población especial.