



Revista Española de Cardiología



6028-12. CARDIOTOXICIDAD POR IBRUTINIB, CARDIOLOGÍA AL RESCATE

Cristina Contreras Lorenzo, Víctor M. Juárez Olmos, Borja Rivero Santana, Lucía Cobarro Gálvez, Andrea Severo Sánchez, Isabel Dolores Poveda Pinedo, Clara Ugueto Rodrigo, María Lucía Fernández Gassó, Francisco Javier Domínguez Melcón, Silvia Cayetana Valbuena López, Miguel Ángel Canales Albendea, Patricia Baltasar Tello, Esther Pérez David, Esteban López de Sá y Areses y Teresa López Fernández

Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: Ibrutinib es un inhibidor irreversible de la tirosina cinasa de Bruton, que presenta indicación para el tratamiento de diversas neoplasias hematológicas de células B. Este fármaco ha demostrado prolongar la supervivencia, sin embargo, asocia un aumento de la tasa de eventos cardiovasculares (fibrilación auricular (FA), hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca (IC), arritmias, trastornos de la conducción y muerte cardiovascular). En concreto, el manejo de la FA supone un reto ya que, por un lado, existe un riesgo aumentado de hemorragia intracraneal y, por otro lado, cuenta con un perfil de interacciones farmacológicas entre las que se incluyen algunos de los antiarrítmicos y anticoagulantes orales más utilizados para su tratamiento.

Métodos: Se recogieron los datos de todos los pacientes tratados con ibrutinib en nuestro centro desde enero de 2016 hasta la actualidad. Se analizaron de forma retrospectiva con el fin de describir las características de la población y la tasa de eventos cardiovasculares.

Resultados: Se incluyeron 55 pacientes con una media de edad de 72 años. Previo al inicio del tratamiento, la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular era la siguiente: hipertensión arterial (53%), dislipidemia (47%) y diabetes mellitus (18%). Los pacientes con antecedente de FA o IC fueron un 2% en ambos casos; al final del seguimiento, el porcentaje había aumentado hasta un 11% y un 7%, respectivamente. Entre los pacientes anticoagulados, el tratamiento indicado fue: rivaroxabán (2%), edoxabán (2%), apixabán (4%) y heparina (7%). Un 13% sufrió una hemorragia mayor (requirió ingreso o transfusión de hemoderivados). El 10% de los pacientes interrumpió el fármaco en los 3 primeros meses debido a sus efectos adversos (principalmente por criterios hematológicos), pudiendo reintroducirlo, en la mayoría de los casos.

Conclusiones: En la actualidad, el ibrutinib está aprobado como tratamiento de primera línea y rescate de neoplasias hematológicas. Dentro de su perfil de toxicidad destaca la alta incidencia de eventos cardiovasculares, frecuentemente infraestimados y con implicación pronóstica. Estos pacientes requieren un manejo específico y podrían beneficiarse de la evaluación previa al tratamiento y el seguimiento conjunto con Cardiología; con el fin de favorecer el diagnóstico precoz, la optimización del tratamiento y la disminución de interrupciones del tratamiento hematológico.