



6028-14. ¿ES NECESARIO EL SEGUIMIENTO CARDIOLÓGICO EN LOS TRASPLANTADOS DE MÉDULA ÓSEA?

Miguel Fernández de Sanmamed Girón, Mario Galván Ruiz, Jesmar Alejandro Ramonis Quintero, Javier Bautista García, Beatriz Aguiar Bermúdez, Melissa Torres Ochando, Leslie González Pinedo, Manjot Singh, Pedro Peña Ortega, Haridian Mendoza Lemes, Marta López Pérez, María del Val Groba Marco, 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) es uno de los tratamientos fundamentales en las neoplasias hematológicas. Sus efectos a nivel cardiológico dependen tanto de la cardiotoxicidad de los tratamientos quimioterápicos como de la afectación de la propia enfermedad. El objetivo de nuestro estudio es valorar la prevalencia de la afectación cardiológica en dichos pacientes.

Métodos: Se realizó un análisis ambispectivo de todos los pacientes que recibieron TMO (autólogo y alogénico) en el servicio de hematología de nuestro centro entre enero de 2018 y enero de 2021. Se recogieron datos epidemiológicos, analíticos y ecocardiográficos según la práctica habitual de nuestro hospital.

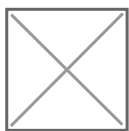
Resultados: 178 pacientes fueron incluidos, de los cuales 43,3% fueron mujeres, con una edad media de $52,6 \pm 13,7$ años. Un 14% ($n = 25$) de los pacientes presentaban una neoplasia previa, siendo la más predominante el cáncer de mama. 16,3% ($n = 29$) precisaron TMO previo, siendo un 7,3% alogénicos. La leucemia mieloide aguda fue la enfermedad más frecuente ($n = 49$, 27,5%) seguida del mieloma múltiple ($n = 41$, 23%). El 24,2% ($n = 43$) de los pacientes recibieron antraciclinas en el tratamiento quimioterápico, el 12,9% ($n = 23$) ciclofosfamida y 35,4% ($n = 63$) ambos. De los TMO el 53,8% fue alógeno y el 46,1% autólogo, presentado dentro del grupo alogénico 25 pacientes (26%) enfermedad injerto contra huésped (tabla). Se realizó un ecocardiograma previo en el que se observó que 3 pacientes presentaban disfunción de fracción de eyección, mientras que en el seguimiento 5 desarrollaron disfunción ventricular. Se observó que 21 pacientes desarrollaron insuficiencia cardíaca (IC), de los cuales 7 pacientes recibieron ciclofosfamida o antraciclinas, 13 ambos y solo 1 ninguno de los tratamientos (fig.). En los pacientes con antecedentes de neoplasia hay una mayor prevalencia de IC (20 vs 10,5%, $p = 0,170$). Durante el seguimiento 51 pacientes (30,3%) fallecieron, solo 2 de causa cardiovascular.

Características clínicas

Sexo

Varón	101 (56,7%)
Mujer	77 (43,3%)
Edad	52,6 ± 13,7
Características basales	
Hipertensión arterial	55 (30,9%)
Diabetes mellitus	20 (11,2%)
Dislipemia	26 (14,6%)
Fibrilación auricular	6 (3,4%)
Neoplasia previa	25 (14%)
Enfermedad	
Leucemia mieloide aguda	49 (27,5%)
Leucemia linfoide aguda	20 (11,2%)
Linfoma Hodgkin	11 (6,2%)
Linfoma no Hodgkin	34 (19,1%)
Síndromes mielodisplásicos	19 (10,7%)
Mieloma múltiple	41 (23%)
Otra	4 (2,2%)
Tipo de trasplante	

Alogénico	96 (53,8%)
Autólogo	82 (46,1%)
EICH agudo	25 (14%)



Insuficiencia cardiaca tras trasplante de médula ósea.

Conclusiones: El seguimiento de los pacientes con TMO es complejo, la necesidad de protocolos específicos junto con el conocimiento de la posible toxicidad de las terapias recibidas se hace patente a partir de los datos obtenidos.