



## 4028-3. DISFUNCIÓN CARDIACA POR ANTI-HER2 EN LA ERA DE LA CARDIOTOXICIDAD PERMISIVA

Irene Hernández Pérez<sup>1</sup>, Mireia Codina Prat<sup>1</sup>, Pablo Casado Cuesta<sup>2</sup>, Anne Bilbao Penas<sup>2</sup>, Ane Zumarraga Cuesta<sup>2</sup>, Elena Galve Calvo<sup>2</sup>, Lara Ruiz Gómez<sup>1</sup>, Arantza Manzanal Rey<sup>1</sup>, Nora García Ibarondo<sup>1</sup>, Garazi Ramírez-Escudero Ugalde<sup>1</sup>, Gorka Aurrekoetxea Bajeneta<sup>1</sup>, Fernando Díaz González<sup>1</sup>, Mikel Maeztu Rada<sup>1</sup>, Iván García Díaz<sup>1</sup> y Ainhoa Echenique Clerigue<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología y <sup>2</sup>Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario de Basurto, Bilbao (Vizcaya), España.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** Los anti-HER2 son el tratamiento estándar para los cánceres de mama (CM) HER2+. Clásicamente se ha descrito que el 15-25% de los pacientes que reciben anti-HER2 desarrollan disfunción cardiaca relacionada con el tratamiento del cáncer (DC-RTC), aunque los estudios se realizaron en pacientes que también recibieron quimioterapia con antraciclinas (QA). Los objetivos de este estudio son describir la prevalencia y perfil de los pacientes con DC-RTC por anti-HER2 en nuestro medio, así como analizar el impacto de la exposición a QA.

**Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo de seguimiento de una cohorte en la que se incluyeron todas las pacientes con CM que recibieron terapia anti-HER2 desde 2017 hasta 2023 en nuestro centro.

**Resultados:** Se incluyeron 181 mujeres (tabla). De estas, 24 pacientes (13,2%) desarrollaron DC-RTC durante el tratamiento. 15 pacientes (62,5%) presentaron DC-RTC asintomática leve, 8 (33,3%) DC-RTC asintomática moderada y 1 (4,1%) DC-RTC sintomática grave. Se interrumpió el tratamiento en 2 pacientes (8,3%) de modo definitivo y en 9 (37,5%) de modo transitorio. La DC-RTC fue reversible en 21 pacientes (91,3%). Las pacientes con DC-RTC presentaron un *strain* longitudinal global (SLG) basal significativamente más bajo comparado con las pacientes sin DC-RTC. La exposición a QA se asoció de modo significativo a mayor DC-RTC, así como el tabaquismo. En el contexto paliativo, los tratamientos con antiHER2 más prolongados, se asociaron de modo significativo a mayor DC-RTC. En el contexto curativo, ninguna de las pacientes que completó tratamiento con antiHER2 sin demostrar DC-RTC durante el mismo, presentó DC-RTC al año. Se observaron únicamente 2 eventos CV diferentes a DC-RTC durante el seguimiento.

Características de la cohorte				
	Todos (181; 100%)	DC-RTC (24; 13,2%)	No DC-RTC (155; 85,6%)	p
Edad al diagnóstico	55,2 ± 13,3	56,5 ± 10,8	54,7 ± 13,4	0,53

<b>Metástasis al diagnóstico</b>	42 (23,2)	8 (33,3)	33 (21,3)	0,20
<b>Clasificación histológica</b>				
Luminal B HER2 positivo	131 (72,4)	19 (79,2)	110 (71,0)	0,47
Her 2 puro	50 (27,6)	5 (20,8)	45 (29,0)	
<b>Uso de antraciclinas</b>	73 (40,3)	15 (62,5) <sup>?</sup>	58 (37,4)	0,026
<b>Doble bloqueo anti-HER2</b>	105 (58,0)	14 (58,3)	89 (57,4)	1,00
<b>Duración del tratamiento con anti-Her 2 (ciclos)</b>	28,4 ± 29,5	43,4 ± 52,3 <sup>?</sup>	26,9 ± 27,6	0,019
<b>Tratamiento de larga duración (&gt; 4 años o &gt; 70 ciclos)</b>	15 (8,3)	5 (20,8)*	10 (6,45)	0,034
<b>Comorbilidades</b>				
Hipertensión arterial (previa o <i>de novo</i> )	45 (24,9)	9 (37,5)	35 (22,6)	0,13
Diabetes mellitus (previa o <i>de novo</i> )	10 (5,5)	1 (4,1)	8 (5,2)	1,00
Dislipemia (previa o <i>de novo</i> )	82 (45,3)	10 (41,7)	71 (45,8)	0,83
Tabaquismo (fumadoras y exfumadoras)	61 (33,7)	13 (54,2)*	5 (3,2)	0,036
Cardiopatía previa	7 (3,86)	2 (8,3)	5 (3,2)	0,23
<b>FEVI al inicio del tratamiento</b>	63,8 ± 7,0	62,7 ± 4,7	63,9 ± 7,3	0,44
<b>SLG al inicio del tratamiento</b>	-21,9 ± 2,1	-21,1 ± 1,7*	-22 ± 2,2	0,05

<b>NT-proBNP</b>	123,5 ± 223,5	38,8 ± 30,8	131,9 ± 232,9	0,30
<b>hs-cTn</b>	6,5 ± 4,5	4,2 ± 1,0	6,6 ± 4,7	0,22

En la primera columna se describen las características de nuestra población. En la segunda columna las características de los pacientes que presentaron DC-RTC según las guías de Cardioncología de la ESC (2022). En la última columna se describen las características de los pacientes que no desarrollaron DC-RTC. Las variables cualitativas se expresan en forma de número absoluto y porcentaje; y las cuantitativas como media ± desviación estándar. Se comparan los grupos de DC-RTC y no DC-RTC. \*p 0,05; ? p 0,03. FEVI: fracción de eyección de ventrículo izquierdo; NT-proBNP: péptido natriurético; hs-cTn: troponina cardíaca de alta sensibilidad; DC-RTC: disfunción cardíaca relacionada con el tratamiento del cáncer; SLG: *strain* longitudinal global.

**Conclusiones:** La DC-RTC por anti-HER2 en nuestro medio es menos prevalente que lo descrito en la literatura y se asocia a la QA, tabaquismo, SLG basal más bajo y a tratamientos más prolongados en escenarios no curativos. Los casos de DC-RTC graves con impacto clínico son poco habituales. Esto podría explicarse por los protocolos de seguimiento actuales, que permiten detectar la cardiotoxicidad en su forma más leve o subclínica. En pacientes sin exposición a QA y que han completado el tratamiento con anti-HER2 sin presentar DC-RTC durante el mismo, la aparición de DC-RTC al año de seguimiento parece muy poco probable. Por el contrario, los pacientes con exposición a QA se podrían beneficiar de un seguimiento más prolongado.