



7. SEGURIDAD CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON LEUCEMIA LINFÁTICA CRÓNICA TRATADOS CON INHIBIDORES DE LA TIROSINA-CINASA DE BRUTON

Daniela Cristina Mitroi¹, Jose Antonio García-Vela², Alvaro García-García³, Alba Puyuelo-Benito³, Mercedes Rivas Lasarte⁴, Francisco José Hernández Pérez⁴, Sara Lozano Jiménez⁴, Ramón Garrido González⁴, Paula Vela Martín⁴, Daniel de Castro Campos⁴, Fernando Hernández Terciado⁴, Manuel Gómez Bueno⁴ y Javier Segovia Cubero⁴

¹Cardiología. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda (Madrid), Madrid, España, ²Hematología. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda (Madrid), Madrid, España, ³Hematología. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda (Madrid), Madrid, España y ⁴Cardiología. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda (Madrid), Madrid, España.

Resumen

Introducción y objetivos: Los inhibidores de la tirosina-cinasa de Bruton (IBTK) son la piedra angular en el tratamiento de la leucemia linfática crónica (LLC). El ibrutinib, el primer IBTK comercializado se asocia a una incidencia alta de eventos cardiovasculares (ECV) adversos como fibrilación auricular (FA), hipertensión arterial (HTA) u insuficiencia cardíaca (IC). El acalabrutinib, la nueva generación de IBTK, tiene mejor perfil de seguridad CV en estudios pivotaes pero con poca evidencia en la vida real. Nuestro objetivo fue analizar la incidencia de ECV en la población con LLC tratada con IBTK y comparar acalabrutinib con ibrutinib.

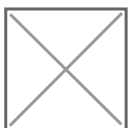
Métodos: Analizamos de forma retrospectiva la cohorte de pacientes tratados con estos IBTK en nuestro centro desde 2014 hasta diciembre 2022. Se comparan las características basales y la supervivencia libre de eventos mediante curvas Kaplan-Meier.

Resultados: En total fueron tratados 51 pacientes, 17 con acalabrutinib y 34 con ibrutinib (71% varones, edad media de 69 ± 12 años.) La mediana de seguimiento fue de 4 años (1,4-5,2). Diez pacientes (19%) tenían enfermedad CV basalmente, 3 pacientes con FA, 3 con cardiopatía isquémica, 3 hipertensiva y 1 con ictus isquémico. Hubo 2 fallecimientos, uno por progresión de LLC y otro por neoplasia coincidente. No hubo diferencias entre los 2 grupos en cuanto características basales (tabla). Un 49% de los pacientes incluidos sufrieron algún tipo de ECV incluyendo FA, HTA, IC u otro tipo de arritmias. La figura muestra las curvas de supervivencia libre de FA y de cualquier tipo de ECV para los 2 grupos, sin encontrar diferencias significativas. Un 16% sufrieron FA tras el comienzo del IBTK, 50% FA paroxística y 50% FA persistente o crónica. El 38% fueron tratados con amiodarona, el 75% con bloqueadores beta y el 100% con anticoagulantes de acción directa. Dos pacientes presentaron descompensación de IC (3,9%), uno de ellos en contexto de FA rápida. La HTA de nueva aparición o la necesidad de escalar tratamiento hipotensor de base se produjo en el 28% de los pacientes. Se produjeron otras arritmias en el 27% de los pacientes siendo la extrasistolia ventricular la más frecuente (64%), las taquicardias ventriculares no sostenidas el 14% y el resto de 22% fueron arritmias supraventriculares.

Características basales y evolutivos de los pacientes tratados con acalabrutinib frente a ibrutinib

	Acalabrutinib (n = 17)	Ibrutinib (n = 34)	p
Edad (años)	70,8 ± 10,3	68,4 ± 13,0	NS
Sexo (masculino)	13 (76%)	23 (67%)	NS
HTA	8 (47%)	11 (32%)	NS
DM	5 (29%)	5 (15)	NS
Número de FRCV	1,8 ± 1,1	1,2 ± 1,2	NS
ECV basal	3 (17%)	7 (20%)	NS
FA durante seguimiento	3 (17%)	5 (15%)	NS
HTA nueva o empeoramiento	2 (13%)	12 (35%)	NS
Otras arritmias	7 (41%)	7 (20%)	NS
Cualquier ECV	8 (47%)	17 (50%)	NS
Mediana de seguimiento (años)	1,4 (RIC 1,1-5,4)	4,4 (RIC 3,1-5,2)	NS

HTA: hipertensión arterial; DM: diabetes mellitus; FRCV: factores de riesgo cardiovascular (incluyen edad > 65 años, tabaquismo, HTA, DM, hipercolesterolemia); ECV: enfermedad cardiovascular; FA: fibrilación auricular; RIC: rango intercuartílico.



Curvas de supervivencia libre de FA y cualquier evento cardiovascular.

Conclusiones: En nuestra serie de vida real y con la limitación del tamaño muestral, la incidencia de ECV y FA fue elevada y no se observó mejor perfil de seguridad CV con acalabrutinib.