



7002-13. EFECTO CARDIOPROTECTOR DE LOS INHIBIDORES DE LA ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA Y BLOQUEADORES BETA EN LA PREVENCIÓN DE CARDIOTOXICIDAD: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METANÁLISIS DE ESTUDIOS ALEATORIZADOS

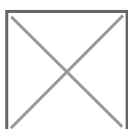
Núria Coma Constansó¹, Sergio Moral¹, Arantxa Eraso², Eshter Ballesteros³, Gemma Viñas⁴, Josep María Frigola¹, Manel Morales¹, Rocío Robles¹, Xavier Albert¹, Paula Fluvià¹, Aleix Fort¹, Pau Vilardell¹, Ingrid Romera-Martínez⁵ y Ramón Brugada¹, del ¹ Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Doctor Josep Trueta, Girona, ²Servicio de Oncología Radioterápica, Institut Català d'Oncologia, Girona, ³Servicio de Radiología, Centro de Atención Primaria Pare Claret, Barcelona, ⁴Servicio de Oncología, Institut Català d'Oncologia, Girona y ⁵Servicio de Física Médica y Protección Radiológica, Institut Català d'Oncologia, Girona.

Resumen

Introducción y objetivos: La cardiotoxicidad por quimioterapia es una complicación grave en las neoplasias de mama y hematológicas. Sin embargo la prevención primaria de la misma con el uso de inhibidores de la enzima de conversión de angiotensina (IECA)/antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARA-II) o bloqueadores beta (BB) tiene resultados discrepantes. El objetivo de nuestro estudio fue establecer si la prevención primaria mediante estos tratamientos previene la cardiotoxicidad y si alguno de ellos es superior al resto.

Métodos: Se realizó una revisión sistemática y metanálisis tras una búsqueda en EMBASE, MEDLINE y PsycINFO desde enero de 2005 a abril de 2019 de todos los estudios aleatorizados que evaluaran la prevención primaria de cardiotoxicidad por quimioterapia con alguno de estos tratamientos. La cardiotoxicidad se definió como la caída de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo por debajo del 50% o mayor del 10% o clínica de insuficiencia cardíaca durante el primer año de seguimiento.

Resultados: Se incluyeron 9 estudios aleatorizados con 913 participantes en los que se realizó tratamiento quimioterápico: 337 (37%) recibieron BB, 152 (17%) recibieron IECA/ARA-II, 45 (5%) recibieron BB+IECA y 379 (41%) fueron controles. Ciento ocho casos (12%) desarrollaron cardiotoxicidad (rango de seguimiento: 1-12 meses). Los pacientes que recibieron tratamiento cardioprotector presentaron un menor riesgo de desarrollar cardiotoxicidad que los controles (RR = 0,381, IC95%, 0,160-0,911, p = 0,030, I² = 63,2%; figura). En el análisis por subgrupos se objetivó una tendencia no significativa por parte de ambos tratamientos a presentar un efecto cardioprotector (BB: RR = 0,477; IC95%, 0,178-1,275; p = 0,140; I² = 57,3%)/IECA/ARAII: RR = 0,283; IC95%, 0,027-2,982; p = 0,293; I² = 79,0%). No hubo diferencias entre ambos tratamientos en aquellos estudios que los compararon (RR = 0,743; IC95%, 0,325-1,698; p = 0,481; I² = 0,0%). El número necesario de pacientes a tratar estimado para evitar un caso de cardiotoxicidad fue de 10 pacientes.



Casos tratados con BB o IECA/ARA-II frente a grupo control sin tratamiento de los diferentes estudios aleatorizados comparando el número de pacientes que desarrollaron cardiotoxicidad durante el primer año.

Conclusiones: La prevención primaria con BB o IECA/ARA-II reduce la cardiotoxicidad por quimioterapia durante el primer año en las neoplasias de mama y hematológicas. Por cada 10 pacientes tratados se podría evitar un caso de cardiotoxicidad.