



4004-2. PREVENCIÓN CON ENALAPRIL Y CARVEDILOL DE LA DISFUNCIÓN VENTRICULAR SISTÓLICA INDUCIDA POR LA QUIMIOTERAPIA EN PACIENTES CON HEMOPATÍAS MALIGNAS. UN ENSAYO CLÍNICO CONTROLADO Y ALEATORIZADO

Xavier Bosch, Montserrat Rovira, Marta Sitges, Ariadna Domènech, José T. Ortiz-Pérez, Rosario J. Perea, Teresa M^a de Caralt y Jordi Esteve del Servicio de Cardiología, Instituto del Tórax, Hospital Clínic, Barcelona, Servicio de Hematología, Instituto de Hemato-Oncología y Departamento de Radiología del Hospital Clínic, Barcelona.

Resumen

Introducción: El tratamiento actual de las hemopatías malignas incluye la administración de quimioterapia intensiva y regímenes de mieloablación previos al trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos (TAPH). Estos tratamientos pueden inducir disfunción ventricular sistólica del ventrículo izquierdo (DVSVI) lo que limita su administración continuada y las posibilidades de supervivencia de los ptes a corto y largo plazo.

Objetivos: Evaluar la eficacia y seguridad de la administración conjunta de enalapril y carvedilol (ENCARV) para prevenir la DVSVI en ptes con hemopatías malignas tratados con los actuales regímenes de quimioterapia con o sin TAPH.

Métodos: Estudio aleatorizado estratificado por enfermedad, controlado y abierto con evaluación ciega de los resultados. Ptes con FEVI normal recién diagnosticados de leucemia aguda (mieloblástica en 28, linfoblástica en 8) o con otras hemopatías malignas en los que se indicó un TAPH (9 con linfoma de Hodgkin refractario/recaída, 23 con linfoma no-Hodgkin y 22 con mieloma múltiple). Se realizó un estudio ecocardiográfico (ECO) y cardi resonancia magnética (CRM) antes y 6 meses post aleatorización. La variable principal fue la diferencia en el cambio absoluto de la FEVI.

Resultados: De 114 ptes evaluados, 90 (45% mujeres, edad media 50 ± 13 años) fueron asignados a ENCARV ($n = 45$) o Control ($n = 45$) durante un período de 3 años. 11 ptes fallecieron durante el estudio, 3 en ENCARV y 8 controles. A los 6 meses, la FEVI medida por ECO ($n = 79$) no cambió en el grupo ENCARV ($61,5 \pm 5\%$ vs $61,7 \pm 7\%$) y disminuyó en el grupo Control ($62,5 \pm 6$ vs $59,6 \pm 8\%$; $p = 0,05$). La diferencia absoluta intergrupos (IC95%) fue de -3% ($-6; -0,1$; $p = 0,04$), siendo de $-6,4$ ($-12; -0,9$) en los ptes con leucemia y de -1% ($-4,4; 2,4$) en ptes sometidos a TAPH. En 59 ptes se pudo obtener 2 estudios con CRM, siendo la diferencia en el cambio absoluto de la FEVI de $-2,4\%$ ($p = 0,09$). El grupo ENCARV tuvo menor incidencia de muerte o IC (7% vs 22% ; $p = 0,036$) y tendencia a menor incidencia de IC o caída de la FEVI = 10% ($9,5\%$ vs 19% , $p = 0,20$). Un 20% del grupo ENCARV y un 33% del Control sufrieron efectos adversos graves (NS).

Conclusiones: El tratamiento con ENCARV previene la DVSVI en ptes con hemopatías malignas tratados con los regímenes actuales de quimioterapia intensiva. El efecto parece ser más relevante en los pacientes tratados por leucemia aguda.