Rev Esp Cardiol. 2022;75(Supl 1): 63

Revista Española de Cardiología

6003-4. FIBRILACIÓN AURICULAR PREVIA Y DE NUEVA APARICIÓN ASOCIADA A IBRUTINIB EN EL CONTEXTO DE UN SEGUIMIENTO MULTIDISCIPLINAR

Clara Rodríguez González[1], Eva Gimeno Vázquez[2], Mireia Blé Gimeno[3], Maria Solagne Flores Moran[4], Tamara Martos Cardenas[5], Felicidad Martínez Medina[6], Nuria Farré López[7], Antonio Salar[4] y Laia Carla Belarte-Tornero[3]

[1]Servicio de Cardiología. Hospital del Mar. Barcelona, [2]Unidad de Cardio-Hemato-Oncología. Servicio de Hematología. Hospital del Mar, Barcelona, [3]Unidad de Cardio-Hemato-Oncología. Servicio de Cardiología. Hospital del Mar. Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM), Barcelona, [4]Servicio de Hematología, Hospital del Mar, Barcelona, [5]Unidad de Cardio-Hemato-Oncología. Servicio de Oncología. Hospital del Mar, Barcelona, [6]Servicio de Cardiología. Hospital del Mar, Barcelona y [7]Servicio de Cardiología. Hospital del Mar. Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM), Barcelona.

Resumen

Introducción y objetivos: Los inhibidores de la tirosina cinasa de Bruton (iTKB) han revolucionado el tratamiento de neoplasias hematológicas como la leucemia linfocítica crónica. Una complicación cardiovascular frecuente asociada al iTKB es la fibrilación auricular (FA) con una incidencia en torno al 6%, con una gran variabilidad según las distintas series.

Métodos: Objetivo: Describir la incidencia y características de presentación de los episodios de FA en pacientes (pt) tratados con ibrutinib dentro de un seguimiento estrecho y multidisciplinar en una Unidad de CardioHematoOncología. Estudio observacional, longitudinal, retrospectivo y unicéntrico.

Resultados: Entre abril/2016 y septiembre/2021, 59 pts iniciaron ibrutinib. Tenían antecedentes de FA 10 pt (17%); 4 pt crónica y 6 pt paroxística. Ningún paciente con tratamiento antiarrítmico previo. Durante el tratamiento, 10 pts (17%) desarrollaron FA asociada a ibrutinib (i-AF); el 30% (3 pts) tenían FA paroxística previa. Los pacientes con FA previa eran más comórbidos (Tabla 1). i-AF se detectó en urgencias (60%) o consulta externa (40%). En el 50% de los pacientes, la i-AF fue asintomática; 2 pt (20%) presentaron taquimiocardiopatía con IC. En el 80% de los pacientes, el episodio de i-FA duró más de 7 días. En 4 pt (40%) se intentó control del ritmo; 3 pt con fármacos y 1 pt con cardioversión eléctrica. Los bloqueadores beta se utilizaron preferentemente para el control de la FC. El ibrutinib se redujo o se suspendió temporalmente en el 60% debido al diagnóstico de i-AF. Independientemente de la estrategia inicial, el 70% de los pacientes con i-AF presentaban FA crónica durante el seguimiento. Riesgo embólico/sangrado y anticoagulación antes y durante el tratamiento con ibrutinib en la tabla. La mortalidad fue similar pero la IC durante el seguimiento fue más frecuente en pacientes con FA previa.

Conclusiones: Un seguimiento estrecho y multidisciplinar puede detectar un mayor número de FA asociadas a ibrutinib y ofrece la oportunidad de optimizar su tratamiento. De los pacientes con i-AF, el 30% tenía FA paroxística previa, por lo que las estrategias de prevención deben optimizarse en este contexto.