

¿ESTÁ CORRECTAMENTE TRATADA LA HTA ASOCIADA A SUNITINIB EN NUESTRO MEDIO?

Autores: Gámez S.; Ramírez P.; Estalella S.; Quilez A.; Blanco G.; Baena JM.

RESUMEN

Fundamento: ¿está correctamente tratada la HTA asociada a sunitinib en nuestro medio?

Métodos: de forma retrospectiva analizamos el tratamiento antiHTA en los pacientes con sunitinib.

Conclusiones: en nuestro medio no se han hallado pacientes con un tratamiento antiHTA que no interfiriese con el metabolismo del sunitinib.

INTRODUCCIÓN:

Sunitinib es un inhibidor de la tirosincinasa con efecto antiangiogénico. Por ello, la hipertensión arterial (HTA) es uno de sus efectos secundarios más frecuentes. El tratamiento antiHTA es el estándar, aunque los fármacos de elección son los IECA o ARA II, pues tienen efecto antiproteínúrico. Además los antiHTA más recomendables son aquellos que no tienen metabolismo hepático, como lisinopril o valsartan. Dado que sunitinib se metaboliza por la vía CYP3A4, se debe utilizar un fármaco que no tenga o con un potencial mínimo para inducir o inhibir el CYP3A4. Es por esto, que enalapril, losartan, nifedipino y amlodipino deben ser utilizados con precaución ya que son sustratos del CYP3A4. De hecho, nifedipino aumenta la secreción de VEGF. Verapamil y diltiazem deben ser evitados, pues son inhibidores del CYP3A4.

Por ello, el uso de uno u otro fármaco puede influir en la biodisponibilidad del sunitinib, y por tanto en su actividad y en su perfil de toxicidad.

Objetivo : Describir la experiencia en nuestro hospital de pacientes en tratamiento con sunitinib y valorar si reciben un adecuado tratamiento antiHTA.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se realizó un estudio observacional retrospectivo donde se incluyeron 21 pacientes tratados con sunitinib desde febrero de 2011 hasta la actualidad. Se recogieron datos demográficos, tipo de tumor, tiempo de tratamiento con sunitinib, y tratamiento antihipertensivo administrado durante este tiempo. Los datos demográficos, clínicos y de tratamiento, se recogieron a través del programa Oncowin® y la Historia de Salud Única Digital Diraya® (HSUD).

RESULTADOS

De los 21 pacientes tratados, el 71% de los pacientes desarrollaron HTA (n= 15).

El 33% (n=7) de los paciente recibieron Enalapril, el 28.5% (n=6) Hidroclorotiazida, el 23.8% (n=5) Bisoprolol, el 9.5% (n=2) Ramipril, el 9.5% (n=2) Losartan, el 9.5% (n=2) Telmisartan, el 9.5% (n=2) Amlodipino y 4.7% (n=1) con Amilorida.

De los cuales:

	CA RENAL	CA NEUROENDOCRINO DE PÁNCREAS	GIST
ENALAPRIL	9,5% (n=2)	14,2% (n=3)	9,5% (n=2)
HIDROCLOROTIAZIDA	4,7% (n=1)	14,2 (n=3)	9,5% (n=2)
BISOPROLOL	4,7% (n=1)	14,2% (n=3)	4,7% (n=1)
RAMIPRIL	0% (n=0)	4,7% (n=1)	4,7% (n=1)
LOSARTAN	4,7% (n=1)	0% (n=0)	4,7% (n=1)
TELMISARTAN	0% (n=0)	4,7% (n=1)	4,7% (n=1)
AMLODIPINO	4,7% (n=1)	0% (n=0)	4,7% (n=1)
AMILORIDA	0% (n=0)	4,7% (n=1)	0% (n=0)
	37,8% (n=6)	56,7% (n=12)	42,5% (n=9)

CONCLUSIONES

Tras este análisis concluimos que ninguno de los pacientes de nuestro medio están tratados con fármacos de primera línea para la HTA y que no interfieran con el metabolismo del sunitinib. Es por ello que son necesarias la elaboración de guías para el manejo específico de pacientes en tratamiento con antiangiogénicos, así como la difusión de estas en los centros de atención primaria.