

## MORTALIDAD PRECOZ EN PACIENTES CON MIELOMA MÚLTIPLE

A. López Martínez, E. Monzó, R. Sancho-Tello, M.D. Carrera, F. López Chuliá, V. Amigo, C. Benet, C. García y J.R. Mayans

**Introducción:** La mortalidad precoz en pacientes con mieloma múltiple es atribuida a varios factores: enfermedad activa, comorbilidad (anemia, enfermedad esquelética grave, deterioro de la función renal, edad avanzada), así como a los efectos tóxicos de la terapia (inmunodepresión, daño cardíaco y renal). El presente estudio tiene como finalidad explorar la incidencia y los factores pronósticos que influyen en la mortalidad precoz en pacientes con mieloma múltiple.

**Material y métodos:** De julio de 1982 hasta enero de 2006, 116 pacientes fueron diagnosticados de mieloma según los criterios del International Myeloma Working Group en nuestro hospital, 46 eran hombres y 70 mujeres. La edad mediana al diagnóstico fue de 70.5 años (extremos; 46-89 años). Definimos como mortalidad precoz todos los pacientes fallecidos en los sesenta días desde el diagnóstico de la enfermedad. El análisis estadístico para comparar variables pronósticas entre los dos grupos (mortalidad precoz vs resto) se realizó utilizando la U de Mann-Withney para variables cualitativas y la T de Student para variables cuantitativas.

**Resultados:** 10 (8,6%) pacientes fallecieron precozmente. Las causas de muerte fueron: 6 pacientes presentaban una enfermedad avanzada y progresiva, uno por accidente isquémico cerebral, uno por hemorragia digestiva alta, uno por neumonía y hemorragia digestiva alta y en el último no se pudo determinar la causa. La mortalidad precoz se relacionó con los siguientes factores pronósticos: cifra baja de leucocitos, cifra elevada de creatinina, cifra elevada de FA, B2 microglobulina > 3,5 mg/l, PCR > 10 mg/l, ácido úrico > 7 mg/dl, calcio > 10,5 mg/dl, urea > 36 mg/dl, proteinuria > 1 gr/ 24 horas, hemoglobina < 8,5 gr/dl y ECOG > 3. La edad no fue un factor pronóstico. Se compararon asimismo tres periodos (de 1982 al 1989, hubo 9% de muertes precoces; de 1990 al 2000 un 4% y de 2000 a 2006 un 9,8%), no habiendo diferencias significativas en la mortalidad precoz en los diferentes periodos estudiados.

**Conclusiones:** En nuestra serie existió una mortalidad precoz de 8,6%. Pacientes con ECOG > 3, presencia de factores que determinan actividad tumoral (Beta-2 microglobulina > 3,5 mg/l, PRC > 10 mg/l, ácido úrico > 7 mg/dl), presencia de disfunción hematopoyética (hemoglobina < 8,5 gr/dl, cifra baja de leucocitos), presencia de disfunción esquelética (calcio > 10,5 mg/d, cifra alta de FA) y disfunción renal (creatinina elevada, urea > 36 mg/dl, proteinuria > 1 gr/ 24 horas) deberían ser controlados mas estrechamente pues tienen altas probabilidades de fallecer en los 60 primeros días tras el diagnóstico. A pesar de los avances en la terapia de soporte y en el tratamiento dirigido hacia el mieloma, su mortalidad precoz no ha mejorado en los últimos 24 años.