

## ESTUDIO DE LAS CAUSAS DE MUERTE DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE SÍNDROME MIELODISPLÁSICO. EXPERIENCIA DE UN CENTRO

J. Montoro<sup>1</sup>, E. Sancho<sup>1</sup>, L. López-Andreoni<sup>2</sup>, C. Sánchez Morata<sup>3</sup>, M. Navarrete<sup>3</sup>, M. Ortega<sup>2</sup>, S. Bobillo<sup>1</sup>, O. Salamero<sup>1</sup>, N. Váñez<sup>1</sup>, T. Vallespí<sup>2</sup>, F. Bosch<sup>1</sup>, D. Valcárcel<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Hematología Clínica; Unidades de Diagnóstico en Hematología. <sup>2</sup>Citogenética; <sup>3</sup>Citología. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona

**Introducción:** Los pacientes con síndrome mielodisplásico (SMD) presentan, en general, un pronóstico grave debido a las citopenias y a la transformación de algunos de ellos a leucemia mieloide aguda (LMA). Hasta ahora, las causas de muerte se atribuían a infección, hemorragia o evolución a LMA. Sin embargo, otras causas de muerte han sido poco estudiadas. El objetivo de este estudio ha sido analizar las causas de muerte de los pacientes diagnosticados de SMD en nuestro servicio.

**Pacientes y Métodos:** Se incluyeron, de forma retrospectiva, 200 pacientes diagnosticados consecutivamente en nuestro centro entre 2000-2010. Se clasificaron de acuerdo con los criterios de la FAB (que incluye la LMMC), de la de OMS 2008, del IPSS (International Prognostic Scoring System) y del IPE (Índice Pronóstico Español). Se estudió la supervivencia global (SG) y por grupos. Se establecieron dos grupos: bajo riesgo (IPSS bajo, int-1 e IPE bajo) y alto riesgo (IPSS: int-2, alto e IPE: intermedio y alto). Se contabilizaron las causas de muerte relacionadas con la enfermedad (muerte por evolución a LMA, infección y hemorragia) y la mortalidad no relacionada con el SMD (infarto agudo de miocardio, insuficiencia cardíaca congestiva, segunda neoplasia, y accidente vascular cerebral isquémico).

**Resultados:** La edad media en el momento del diagnóstico fue de 75 años (59% hombres; 41% mujeres). La mediana de seguimiento fue de 1,8 años (0-11). El diagnóstico fue: AR, ARSA y 5q-19%; CRDM y CRDMA-SA 32%; AREB-1 y AREB-2 27%; SMD hipoplásico y SMD indiferenciado 8%; LMMC 13%. Los dos grupos de riesgo (según lo descrito en material y métodos) se distribuyeron: bajo 129 (64,5%) y alto 65 (32,5%); 6 pacientes (3%) no pudieron clasificarse. La SG mediana fue de 2 años (3,7 años para bajo riesgo y 0,9 para alto;  $P<0,001$ ). Fallecieron 141 (70,5%) pacientes: 78 (69,5%) de bajo riesgo y 59 (91%) de alto riesgo y 3 (50%) de los no clasificables; con medianas de 1,9 años para bajo riesgo y 0,7 años para alto;  $P=0,001$ ). En 97 de 141 pacientes (68%) se identificó la causa de muerte: 75 (77%) fueron relacionadas con el SMD y 22 (23%) no relacionadas. En el grupo de bajo riesgo las causas de muerte relacionadas fueron: evolución a LMA 14, progresión de la enfermedad 5, infección 14 y hemorragia 2. Las no relacionadas fueron: accidente vascular cerebral isquémico 3, segunda neoplasia 5, infarto de miocardio 3, insuficiencia cardíaca 3 y otras 3. En alto riesgo, las causas de muerte relacionadas fueron: evolución a LMA 18, progresión 3, infección 13 y hemorragia 5. Las causas no relacionadas: segunda neoplasia 1, insuficiencia cardíaca 1 y accidente 1. La probabilidad de morir por causas no relacionadas fue significativamente superior en el grupo de pacientes con SMD de bajo riesgo que en el alto (32% vs. 7%, respectivamente;  $P=0,003$ ).

**Conclusiones:** La causa más frecuente de muerte en pacientes con SMD está relacionada con la enfermedad (evolución a LMA), tanto en pacientes de alto como de bajo riesgo. La mortalidad por causa no relacionada es más frecuente en el grupo de bajo riesgo, siendo las causas más frecuentes: los fallos cardíacos y las segundas neoplasias.