

## IMPACTO DE BORTEZOMIB EN LA SUPERVIVENCIA DE PACIENTES CON MIELOMA MÚLTIPLE REFRACTARIO O EN RECAÍDA CON INSUFICIENCIA RENAL. EXPERIENCIA DE UN CENTRO

B. Hernández<sup>1</sup>, C. Calle<sup>1</sup>, A. Carreño<sup>2</sup>, A. Mayoralas<sup>1</sup>, R. Vanegas<sup>1</sup>, M.C. Fernández<sup>1</sup>, M. Nebro<sup>1</sup>, E. Madrigal<sup>1</sup>, M. Tomás<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Hematología y Hemoterapia; <sup>2</sup>Servicio de Nefrología. Hospital General Universitario. Ciudad Real

**Fundamentos:** La incorporación de bortezomib (V) y de los nuevos tratamientos biológicos durante los últimos años ha mejorado la supervivencia global (SG) del paciente (p) con mieloma múltiple. La información es insuficiente sobre el efecto de estas nuevas terapias en pacientes con insuficiencia renal. Recogemos nuestra experiencia en pacientes con mieloma múltiple refractario, o en recaída, tratados con V y analizamos la supervivencia en los diferentes grupos con y sin insuficiencia renal.

**Pacientes y método:** Se han incluido 62 pacientes diagnosticados de Mieloma Múltiple refractarios a quimioterapia convencional (QT) o en recaída tratados con V sólo o en combinación (dexametasona y/o doxorubicina). En esta población se han recogido las características demográficas y clínicas previas a V. Frecuencia y grado de insuficiencia renal (definida como creatinina plasmática >1,5mg/dL), hemodiálisis aguda (HDA) y crónica (HDC). Función renal y ligeruria tras 2 ciclos de V (pre3) y al final del tratamiento (post). Se calcula la SG con Kaplan Meier desde el diagnóstico y desde el inicio de V en los pacientes sin IR, con IR y con IR que han precisado HDA. Mediante regresión logística binaria se han identificado factores predictores, en nuestra serie, del desarrollo de IR.

**Resultados:** La población al diagnóstico tenía una edad de 65,58 años, SD: 11,5 (37,7-82,1). 58,8% hombres. Recibieron QT previa 62/74 p (86,5 %). TASPE previo 19/74 p (25,7%). Presentaban al diagnóstico IR: 24/62 p (39%). Cr media pre V: 3,86 mg/dL, SD: 2,17 (1,5-12,4), ligeruria pre V: 147,8 mg/dL, SD: 110,6 (2-600) y cuantificación de pico monoclonal preV: 2,57 mg/dL, SD: 1,9. Cr pre3: 3,04 mg/dL, SD: 2,4(NS) y Cr post: 2,69 mg/dL SD: 1,4 (p=0,001). Pico pre: 1,3 mg/dL, SD: 1,7 (p=0,009) y post: 0,54 (p=0,01). Ligeruria pre3: 62,4 mg/dL, SD: 93,2 (P=0,02) y post: 71,3 mg/dL, (NS). Se asoció hipercalcemia en 6/24p (25%). Precisaron HDA 5/24 p (20,8%). Con recuperación de 3 p y finalmente HDC en 6/62 p (9%). Entre el grupo con IR y sin IR sólo se encontraron diferencias en la distribución del sexo: 50% de mujeres en grupo IR versus 37,5% en grupo sin IR (p=0,04). Edad, no de ciclos de V y resto de características basales no mostraron diferencias. En el análisis de regresión logística binaria se identifican edad, sexo y ligeruria al diagnóstico como factores predictores de IR. La SG desde el inicio del tratamiento con V no muestra diferencias entre p con y sin IR con una media de 1,78 años (IC 95%: 1,25-2,3) versus 2,02 años (IC 95%: 1,5-2,5) NS. Los pacientes que precisaron HDA o HDC presentaron peor supervivencia al compararlos con el grupo con insuficiencia renal sin HDA/HDC aunque esta diferencia no fue estadísticamente significativa. HDA: 0,8 años (IC 95%: 0-1,95) versus 3,028 años (IC 95%: 2,4-3,6) y HDC: 1,1 años (IC 95%: 0-2,3) vs 3,31 años (IC 95%: 2,8-3,8).

**Conclusiones:** En nuestra experiencia bortezomib es efectivo en el control de la afectación renal aguda en pacientes con mieloma múltiple refractario o en recaída. En nuestra experiencia la edad, el sexo y la ligeruria se identifican como factores predictores de desarrollo de insuficiencia renal. No hemos encontrado diferencias de supervivencia entre el grupo con insuficiencia renal y el grupo sin insuficiencia renal.