

¿Es seguro tratar con antraciclinas a pacientes de alto riesgo de cardiotoxicidad? Experiencia en una unidad de cardio-oncología

Uxue Millet Oyarzabal(1), Mireia Codina Prat(1), Cristina Asla Ormaza(1), Ainhoa Echenique Clerigué(1), Alexandra Elbers Arce(1), David Gómez Lamas(1), Fernando Díaz González(1), Irene Hernández Pérez(1), Diego Vázquez Aller(1), Tamara Llorente Otiñano(1), Garazi Barturen Barrenetxea(1), Jokin Rodríguez-Navas Arruti(1) y José Miguel Ormaetxe Merodio(1) de (1)Hospital Universitario de Basurto, Bilbao (Bizkaia) - España

Introducción: A pesar del avance en terapias dirigidas, las antraciclinas (AC) siguen siendo fundamentales en el tratamiento de diversas neoplasias. Su principal limitación es la cardiotoxicidad (CTX). El objetivo de este estudio es describir la evolución clínica y la incidencia de eventos cardiovasculares en pacientes con perfil de riesgo alto y muy alto tratados con AC.

Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo de pacientes oncológicos de alto y muy alto riesgo, según la escala HFA-ICOS (Heart Failure Association and International Cardio-Oncology Society), seguidos en una consulta especializada de Cardio-Oncología desde 2021 hasta la actualidad. Se analizaron factores de riesgo cardiovascular (CV), biomarcadores, ECG, parámetros ecocardiográficos y la incidencia de eventos CV mayores (MACE).

Resultados: Se incluyeron 19 pacientes (73% varones; edad media 69,1 ± 10,6 años; 63,1% hipertensos, 26% diabéticos y 73% dislipémicos) (tabla 1). El motivo de derivación fue cardiopatía previa en el 89,4% de los casos y tratamiento previo con AC en el 10,6%. El seguimiento medio fue de 25,6 ± 17,3 meses. Durante el tratamiento con AC, se identificaron 2 casos (9,5%) de CTX aguda subclínica leve, definida por elevación de TnT-us superior al doble del valor basal, que completaron el tratamiento sin incidencias. Asimismo, un paciente (5%), con antecedente de radioterapia torácica, precisó suspensión de AC y cambio de esquema quimioterápico tras desarrollar fibrilación auricular sintomática con taquimiocardiopatía e insuficiencia cardiaca (IC) secundaria. Tras finalizar el tratamiento, se registró un caso de CTX sintomática moderada tardía (miocardiopatía dilatada con disfunción sistólica moderada-severa) a los 16 meses, con desarrollo de IC clínica sin necesidad de hospitalización. Adicionalmente, se identificó un paciente no derivado inicialmente a consulta de cardio-oncología que desarrolló disfunción ventricular moderada-severa a los 2 meses de finalizar las AC, en estadio de IC subclínica en el momento del diagnóstico.

Conclusiones: En pacientes con riesgo alto/muy alto de CTX sin alternativas terapéuticas eficaces a las AC, un seguimiento estrecho y protocolizado permite completar el tratamiento oncológico óptimo en la mayoría de los casos. La integración multidisciplinar entre Cardiología, Oncología y Hematología es fundamental para equilibrar el beneficio antineoplásico y la seguridad CV.

Tabla 1. Características clínicas de los pacientes incluidos.

ID Paciente	Edad	Cardiopatía previa	Tipo tumor	Días seguimiento	QT	HFA-ICOS Score	FEVI basal	FEVI final de tto	IECA y/o BB	Evento
1	72	Isquémica	Linfoma	865	R-CHOP (Myocet)	Alto	60	58	Sí	No
2	72	Isquémica	Linfoma	1743	R-CMOP (Myocet)	Alto	46	48	Sí	No
3	72	ACs previas	Sarcoma	1070	Doxorrubicina	Alto	56	59	No	No
4	78	BRIHH	902	Linfoma	R-CHOP (Myocet)	Muy Alto	44	33	Sí	Disfunción de VI + IC
5	68	Isquémica	1335	Linfoma	R-CHOP (Myocet)	Alto	42	40	Sí	No
6	48	MINOCA	1243	Mama	AC-T-Cb (doxorrubicina)	Alto	65	62	No	Elevación de TnT-us
7	59	Taquimiocardiopatía por EVs	785	Leucemia aguda	PETHEMA	Muy Alto	48	51	Sí	No
8	76	Hipertensiva	1276	Linfoma	R-CHOP (Myocet)	Alto	64	68	Sí	No
9	74	Tóxica	941	Linfoma	R-CMOP (Myocet)	Alto	45	45	Sí	No
10	78	Isquémica + valvular	1912	Linfoma	R-CMOP (Myocet)	Alto	65	68	Sí	No
11	59	Isquémica	667	Linfoma	R-CHOP (Myocet)	Alto	53	51	Sí	No
12	64	Isquémica	480	Linfoma	R-CHOP (Myocet)	Alto	46	47	Sí	No
13	81	Isquémica	433	Linfoma	R-CHOP (Myocet)	Alto	60	58	Sí	No
14	64	Isquémica	115	Linfoma	R-CHOP (Myocet)	Alto	49	49	Sí	No
15	81	Isquémica + valvular	Sin seguimiento durante tto	Linfoma	R-CMOP (Doxorrubicina)	Muy alto	48	35	Sí	Disfunción de VI
16	89	Valvular	272	Linfoma	R-CHOP (Doxorrubicina)	Alto	65	64	Sí	No
17	54	Isquémica	305	Ovario	Caelyx-Bevazizumab	Alto	55	57	Sí	No
18	77	Isquémica	97	Sarcoma	Doxorrubicina	Alto	63	68	Sí	Elevación de TnT-us
19	67	ACs previas	61	Mama	ACdd (Doxorrubicina)	Alto	68	50	Sí	FA sintomática + taquimiocardiopatía+ IC

QT: quimioterapia; HFA-ICOS Score: Heart Failure Association and International Cardio-Oncology Society Score; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo, VI: ventrículo izquierdo, IECA: inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina; BB: betaboqueante; IC: insuficiencia cardiaca; BRIHH: bloqueo de rama izquierda del haz de His; MINOCA: infarto de miocardio con red coronaria sin lesiones obstructivas; EVs: extrasístoles ventriculares; Tto: tratamiento; FA: fibrilación auricular.