

Impacto del control intensivo de los factores de riesgo cardiovascular sobre la cardiotoxicidad por antraciclinas en el cáncer de mama

María C. Viana Llamas(1), Iohanna Daniela Bogdan Aguirre(2), Ramón Arroyo Espliguero(1), Antonio Manuel Rojas González(1), Claudia de la Caridad Noa Nimo(2), Alberto Arcediano del Amo(3), Mónica Morales Giráldez(4), Lorena Buelga Gómez(4) y Maryori Tohalino Cuadros(4) de (1)Unidad de Cardio-Oncología-Servicio de Cardiología. Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara - España, (2)Universidad de Alcalá de Henares-Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara - España, (3)Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara - España y (4)Servicio de Cardiología. Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara - España

Introducción: Los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) se asocian a un mayor riesgo de desarrollar disfunción cardiaca relacionada con el tratamiento oncológico (DCRTC). Las guías ESC 2022 recomiendan la evaluación basal y la optimización intensiva de los FRCV. El objetivo del estudio fue evaluar el impacto del control intensivo de los FRCV sobre el desarrollo de DCRTC en pacientes con cáncer de mama tratadas con antraciclinas (AC).

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de 99 pacientes con cáncer de mama tratadas con AC y seguimiento protocolizado durante 12 meses en una unidad de cardio-oncología. Se realizó valoración clínica, analítica y ecocardiográfica basal y evolutiva. Se incidió en la educación del paciente en el control de FRCV mediante consejos verbales, escritos y digitales. La DCRTC se definió según criterios ESC 2022. Se analizó longitudinalmente el control de los FRCV, así como los predictores independientes asociados al desarrollo de cardiotoxicidad mediante regresión logística multivariante.

Resultados: El porcentaje de pacientes con control adecuado de los FRCV aumentó significativamente del 40,6% basal al 84,2% al año de seguimiento ($p<0,001$), con reducción significativa de los niveles de LDL-colesterol (118,9 ± 20,3 mg/dL vs. 90,6 ± 26,4 mg/dL; $p<0,001$). Las pacientes con riesgo basal moderado presentaban mayor carga de FRCV al inicio respecto al grupo de bajo riesgo. Sin embargo, tras el seguimiento estructurado, el grado de control de los FRCV y la incidencia de DCRTC fueron comparables entre ambos grupos. La incidencia global de DCRTC fue del 64,4%, predominando la DCRTC asintomática ligera (2 casos de moderada en las dos pacientes con riesgo muy elevado). La dosis acumulada de AC fue el principal predictor independiente de cardiotoxicidad (OR 1,025; $p=0,032$) y las formulaciones liposomales mostraron un efecto protector (OR 0,66; $p=0,013$). Los FRCV clásicos no mostraron asociación independiente con la cardiotoxicidad.

Conclusiones: En una cohorte con seguimiento cardio-oncológico estructurado y control intensivo de los FRCV, la dosis acumulada de AC emergió como el principal predictor independiente de cardiotoxicidad, mientras que los FRCV clásicos no mostraron asociación independiente. La optimización cardiovascular durante el seguimiento

podría haber contribuido a homogeneizar el riesgo de cardiotoxicidad entre pacientes con diferente perfil basal de riesgo cardiovascular.

Variables asociadas a DCRTC

Variable	DCRTC ligera	Sin cardiotoxicidad	p	OR para DCRTC	IC 95%	p
Edad	53,05±8,9	51,57±10,7	0,47	1,017	0,974-1,061	p=0,448
HTA	52,4%(11/62)	28,6% (10/35)	0,214	1,85	0,695-4,946	p=0,217
DM	4,8%(3/62)	11,4%(4/35)	0,228	2,53	0,534-12,062	p=0,242
LDL-col basal	121,8±32,47	120,32±33,9	0,843			
Tabaquismo	14,5% (9/62)	11,4% (4/35)	0,668	1,31	0,374-4,632	p=0,669
Obesidad	16,1% (10/62)	8,6% (3/35)	0,234	2,051	0,525-8,019	p=0,302
Dosis acumulada de AC	232,16±15,07	222,36±26,19	0,021	1,025	1,002-1,049	p=0,032
AC liposomales	1,6% (1/62)	20% (7/35)	0,002	0,66	0,008-0,559	p=0,013
Pembrolizumab	14,5% (9/62)	8,6% (3/35)	0,393	1,81	0,456-7,188	p=0,398
AntiHER2	11,3%(7/62)	5,9% (2/35)	0,385	2,036	0,399-10,401	p=0,393
GLS basal	-19,75±2,17	-19,7±1,49	0,948	0,986	0,664-1,466	p=0,946
Fármacos cardioprotectores previos a QT	17,7% (11/62)	25,7% (9/35)	0,351	0,623	0,229-1,693	p=0,354

HTA: hipertensión arterial. DM: Diabetes mellitus. AC: antraciclinas. QT: quimioterapia.