

Caso Clínico: Manejo de Cardiotoxicidad en Cáncer de Mama

Begoña Jiménez Rodríguez

HCU Virgen de la Victoria

Antecedentes personales

- Mujer, 43 años
- No alergias medicamentosas
- Exfumadora
- Menarquia a los 14 años
- Premenopaúsica
- No embarazos

Primer síntoma: Febrero de 2005

Autopalpación de tumoración en unión de cuadrantes superiores de mama izquierda



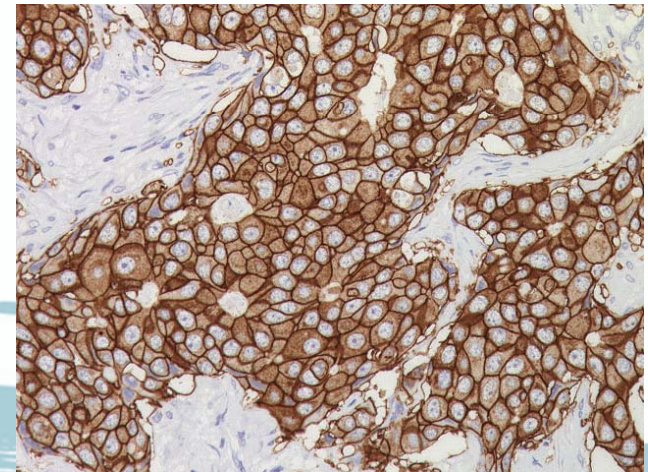
Primer diagnóstico: Mayo de 2005

- Mamografía: nódulo sólido de aproximadamente 2 cms en UCCSS de mama izquierda.
- Se realizaron dos intentos diagnósticos previos a la cirugía mediante punción-aspiración y biopsia, siendo ambos negativos para células malignas.



Primer tratamiento: Mayo de 2005

- Cirugía conservadora (Tumorectomía)
- Resultado anatomopatológico:
 - CDI, 2.3 cms, grado 2, que contacta con borde posterior.
 - Nódulo prepectoral en CSE de 0.8 cms con CDI, grado 2
 - Ampliación de márgenes: 3 focos microscópicos de carcinoma, uno de ellos en contacto con tumoración previa.
 - Perfil inmunohistoquímico: receptores de estrógenos y progesterona negativos. Her2 positivo (+++)



Primer tratamiento: Mayo de 2005 (I)

- Tras resultados anteriores se propone mastectomía radical modificada + vaciamiento axilar izquierdo con resultado anatomopatológico de:
 - Foco de carcinoma ductal infiltrante, grado 2, menor de 1 mm.
 - Vaciamiento axilar: 11 ganglios linfáticos sin evidencia de metástasis.

Valoración

- Mujer de 43 años, premenopaúsica, afecta de carcinoma ductal infiltrante de mama izquierda, grado 2, multifocal, tamaño de 2.3 cm el nódulo mayor, fenotipo Her2 positivo, ganglios negativos.

Estadio I (pT2N0M0)

Tratamiento adyuvante

Adriamicina/ciclofosfamida (75/750 mg/m²)
por 4 ciclos.

Reducción de dosis de adriamicina a 60mg/m²
tras segundo ciclo por toxicidad hematológica.

Dosis total de adriamicina: 270 mg/m²

Evolución

- Una vez finalizado tratamiento quimioterápico la paciente comenzó revisiones.
- En revisión de abril de 2007 se objetiva en la exploración física adenopatía axilar izquierda de 2 cms, dura y adherida a planos profundos.

Evolución (I)

- Se solicitan pruebas complementarias:
 - PAAF adenopatía: positiva para células malignas
 - TAC toracoabdominal: hemangioma hepático, resto del estudio sin alteraciones radiológicas.
 - Gammagrafía ósea: sin lesiones metastásicas
 - Ecocardiograma: FEVI 68%
- Se comenta con cirugía quien considera la lesión irresecable.

Evolución (II)

- Valoración:
RECIDIVA AXILAR DE CARCINOMA DUCTAL INFILTRANTE DE MAMA IZQUIERDA, RECEPTORES HORMONALES NEGATIVOS, HER2 POSITIVO
- Actitud terapéutica:
Docetaxel + trastuzumab que se cambia por reacción alérgica a docetaxel tras primer ciclo a vinorelbina/trastuzumab x 6 ciclos y posterior trastuzumab de mantenimiento.
- Respuesta completa

Evolución (III)

- En marzo de 2009 acude a consulta refiriendo aparición de nueva tumoración a nivel axilar izquierdo.
- Estudio de extensión negativo.
- Inicia nueva línea de quimioterapia con doxorubicina liposomal (60 mg/m²) + trastuzumab.

Tras 5º ciclo reducción de dosis de doxorubicina liposomal a 48 mg/m² por mucositis grado 3.

Evolución (IV)

Tras 7º ciclo comienza con cuadro de:

- Disnea
- Ortopnea
- Tos seca.



Evolución (V)

- Auscultación pulmonar: crepitantes en campos medios y bases pulmonares.
- TAC de tórax: infiltrado pseudonodular perihiliar bilateral de predominio derecho. Derrame pleural bilateral. Imágenes compatibles con edema pulmonar secundario a insuficiencia cardíaca
- Ecocardiograma transtorácico: Ventrículo izquierdo con dimensiones en el límite alto de la normalidad e hipocontractilidad global así como disfunción ventricular moderada (**FEVI 44%**). Resto sin alteraciones

Evolución (VI)

- Valoración cardiológica: insuficiencia cardíaca grado funcional II. Disfunción de ventrículo izquierdo en probable relación con tratamiento oncológico.



Juicio clínico

Insuficiencia cardiaca grado funcional II
secundaria a toxicidad por antraciclinas +/-
trastuzumab.



Tratamiento

Durante el ingreso se instaura tratamiento depletivo, IECAs y beta bloqueante tras lo cual presenta mejoría clínica importante.

Al alta se pauta tratamiento cardiológico consistente en:

- Enalapril 5 mg al día
- Furosemida 40 mg cada 24 horas
- Espironolactona 25 mg al día
- Carvedilol 6.25 mg al día

Se decide suspender administración de tratamiento oncológico.

Evolución

- Dos meses después del alta se repite ecocardiograma en el cual se visualiza VI con hipocontractilidad global y FE del 38% (moderadamente deprimida.).
- Dicha alteración funcional se mantiene hasta pasados 7 meses después del alta.

Evolución

En revisión de marzo de 2010 acude con nuevo ecocardiograma en el que se aprecia normalidad funcional (FEVI 63%).



Evolución

La paciente ha seguido revisiones con objetivación de nueva recidiva ganglionar axilar izquierda en septiembre de 2010 que se trató con cirugía con resección completa.

Actualmente en seguimiento y sin evidencia de enfermedad.

Tratamiento de la insuficiencia cardíaca sistólica



Objetivos

- Mejorar síntomas
- Disminuir o revertir disfunción miocárdica
- Prolongar supervivencia



Medidas Generales

- Manejo de fármacos
- Medidas de autocuidado
- Adherencia al tratamiento
- Control de peso
- Medidas dietéticas (control de sal y líquidos)
- Actividad física adecuada
- Abandonar tabaquismo
- Vacuna contra gripe y neumococo

Tratamiento farmacológico de la IC

- **Nivel de evidencia A: Reducen Mortalidad e ingresos**
 - Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECAs) [Enalapril, ramipril, lisinopril, captopril] **Mejora función ventricular**
 - Beta-bloqueantes [carvedilol, bisoprolol] **Mejora los síntomas**
 - Antagonistas de los receptores de la angiotensina [candesartan, valsartan, losartan]
- **Nivel de evidencia B:**
 - Antagonistas de la aldosterona [espironolactona, eplerenona]
 - Hidralazina y mononitrato de isosorbide
 - Diuréticos [tiazídicos y de asa] **Importantes para conseguir estabilidad clínica**
 - Digoxina

Otras terapias

- Terapias de resincronización cardíaca
- Desfibrilador automático implantable (DAI)
- Trasplante cardíaco
- Dispositivo de asistencia a VI
- Cirugía valvular
- Revascularización

Insuficiencia cardiaca sintomática + FE disminuida

Diuréticos + IECAs
hasta alcanzar estabilidad clínica

Betabloqueantes

¿Persisten signos y síntomas?

Sí

¿QRS > 120 ms?

si

TRC-P/D Digoxina, hidralazina/nitrato,

no

DAI

No

¿FEVI < 35%?

si

Stop

no

Conclusiones

- Conocer la toxicidad cardiaca de fármacos utilizados en el tratamiento cáncer de mama
- Detección precoz de la IC
- Conocer el tratamiento (Impacto pronóstico)
- Contar con cardiólogos

Gracias



Málaga
2011 SEOM