



EMC en Cardiología
SUC 2024
SEMINARIO TALLER



SEMINARIO TALLER

Corazón y Cáncer: Integrando la Cardio-oncología en la consulta

CASOS CLÍNICOS



Seminario taller
**Corazón y Cáncer:
Integrando la Cardio-oncología en la
consulta**

Sábado 7 de setiembre de 2024

Horario: de 08:30 a 13:45 h

NH MONTEVIDEO COLUMBIA, Sala Misiones
Rambla Gran Bretaña 473, Montevideo

PRESENCIAL & ONLINE

ORGANIZA:

Comisión de Educación Médica Continua de la SUC

Coordinadores:

Dra. Andreina Gómez

Dr. Soledad Murguía

Expositores y Panelistas:

Dra. Matilde Boada

Dra. Laura Cawen

Dr. Alejandro Cuesta

Dra. Virginia Estragó

Dra. Andrea Simeone

Dra. Rosanna Torighelli

Moderadores:

Dra. Manuela Laporte

Dra. Lucía Lescoume

Dr. Santiago Garrido

Dr. Rafael Grassi

Dra. Mariana Noria

Dra. Sabrina Pereira

Dra. Alejandra Presno

Dra. Rubi Rodríguez

Dra. María Victoria Veirano

CASOS CLÍNICOS

Caso Clínico 1

SF, 57 años, sin FRCV, hipotiroidismo tratado.
Cáncer de mama derecha en 2020, se realiza cirugía, RT y luego adyuvancia con trastuzumab (18 ciclos total). ETT trimestral normal, FEVI 60%. ECG basal normal. Luego del ciclo 17, asintomática en lo CV, ETT: 10/2021: VI no dilatado, FEVI 39%. Visto por cardiólogo inicia ramipril 5 mg, bisoprolol 5 mg y espironolactona 12,5 mg día. Sin tratamiento oncoespecífico posterior.
En 1/2022 progresión a estadio IV encefálico. Se plantea plan CLEOPATRA (docetaxel, trastuzumab + pertuzumab). ETT 1/2022: VI levemente dilatado, FEVI 40%. Clínicamente, disnea CF II, PA 110/60 mmHg, RR 85 cpm, sin signos clínicos de hipervolemia.

PREGUNTA 1

¿Cómo interpreta el descenso de FEVI, y cómo lo clasifica según la última guía ESC Cardio-oncología 2022?

PREGUNTA 2

¿Agregaría algún fármaco CV considerando la FEVI menor a 40%?

PREGUNTA 3

¿Qué riesgo supone asociar iSGLT2 a un paciente con tratamiento oncológico activo?

PREGUNTA 4

¿Considera indispensable descartar la etiología isquémica?

PREGUNTA 5

¿Cómo varía el perfil de toxicidad cardiovascular entre los fármacos anti-HER2 disponibles (trastuzumab, trastuzumab + pertuzumab, TDM1)?

- a. TDM1 tiene el mayor riesgo de disfunción ventricular izquierda que los demás fármacos.
- b. El riesgo de toxicidad cardiovascular por trastuzumab y la combinación de trastuzumab + pertuzumab es generalmente mayor que con TDM1.
- c. La combinación trastuzumab + pertuzumab tiene un perfil de toxicidad cardiovascular menor en comparación con trastuzumab solo.
- d. TDM1 no está asociado con ningún riesgo cardiovascular.
- e. Trastuzumab, trastuzumab + pertuzumab y TDM1 tienen perfiles de toxicidad cardiovascular similares.

Caso Clínico 2

SM, 61 años, HTA en tratamiento con enalapril 10 mg c/12 h y carvedilol 12,5 mg c/12 h, buen control de cifras tensionales. Neoplasia testicular derecha hace 30 años, recibe RT (40 sesiones), en remisión completa.

02/2024 diagnóstico de Leucemia Aguda Promielocítica.

Tratamiento propuesto: inducción con Ácido transretinoico total (ATRA) y Trióxido de arsénico (ATO).

PREGUNTA 1

¿Cuáles son las posibles manifestaciones de toxicidad CV relacionadas al tratamiento propuesto?

- Hipertensión arterial.
- Insuficiencia cardíaca.
- Isquemia.
- QT largo y torsade de pointes.
- Fibrilación auricular.

PREGUNTA 2

¿Considera necesario contar con estudios cardiológicos adicionales previo al inicio del tratamiento? ¿Cuál o cuáles solicitaría?

- Electrocardiograma.
- Ecocardiograma.
- Estudio funcional.
- MAPA.
- Biomarcadores.

Se realiza valoración CV inicial donde se destaca:

Asintomático, buena clase funcional, examen físico normal, PA 120/70 mmHg.

- ECG basal: RS 60 lpm, P y PR normales, EEM normoposicionado, QRS fino, alteraciones inespecíficas de la repolarización inferolateral, QTc 437 ms.
- ETT: HVI concéntrica leve, FEVI 53%, SGL -17.7%, AI severamente dilatada. IAo leve y dilatación de raíz de Ao (40mm).

PREGUNTA 3

¿Qué aspectos específicos deben ser evaluados en la anamnesis de pacientes que recibirán tratamiento con riesgo potencial de prolongación del intervalo QTc?

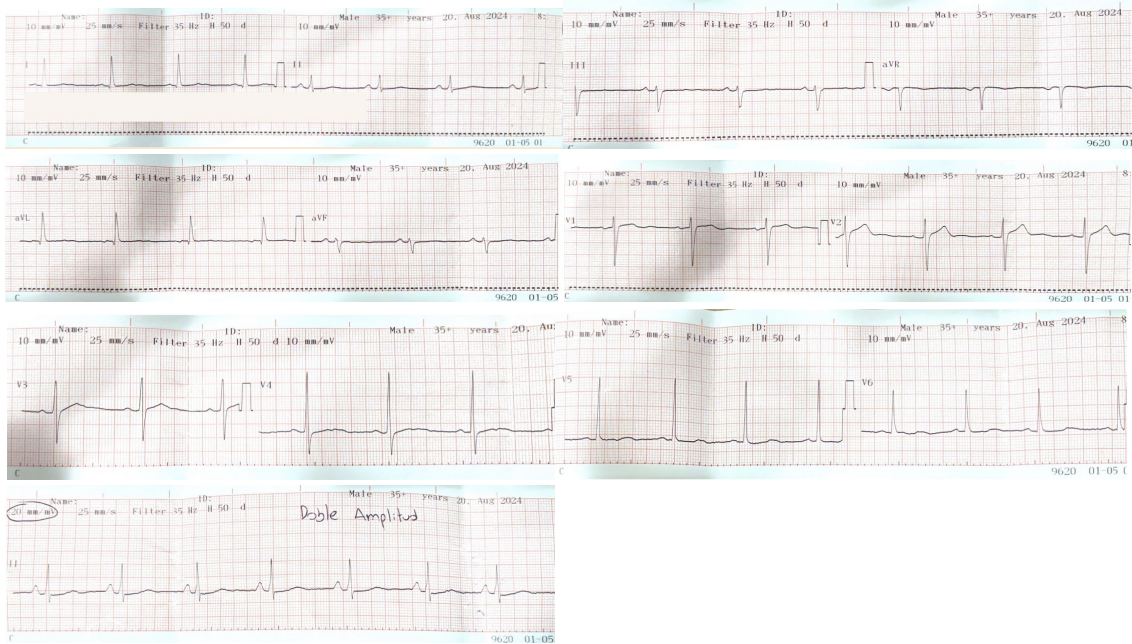
Tratamiento recibido:

- 08/03/24 comienza ATRA 90 mg vo día, en dos tomas. Idarrubicina 24 mg iv dosis única dado el ascenso de GB.
- Inducción: 4 semanas consecutivas ATRA + ATO
- Finaliza inducción en remisión completa, y continua con ATO 2 veces por semana.
- Consolidación:
 - Semana 1 ATRA sin ATO por QT prolongado (QTc 500 ms)
 - Semana 2 ATRA + ATO completa (1er semana de ATO).
 - Semana 3 ATRA + ATO (2da semana de ATO) se suspende dado QTc prolongado (QTc 534 ms).

Se realiza ECG previo a cada ciclo de ATO. Se suspende dosis de ATO en varias oportunidades por prolongación progresiva del QT hasta 580 ms.

Se suspende carvedilol y se inicia propranolol 40 mg vo cada 8 horas.

Informe el siguiente ECG:



PREGUNTA 4

¿Qué exámenes complementarios considera necesarios en este paciente con QT prolongado?

PREGUNTA 5

¿Realizaría algún cambio de tratamiento hemato-oncológico y/o cardiológico frente al hallazgo en el ECG para minimizar riesgos?

09/07/24 se instala ATO a dosis reducida por presentar un QTc de 426 ms; se continúa misma dosis dada la estabilidad del intervalo QT, y el 06/08 se pasa a dosis plenas.

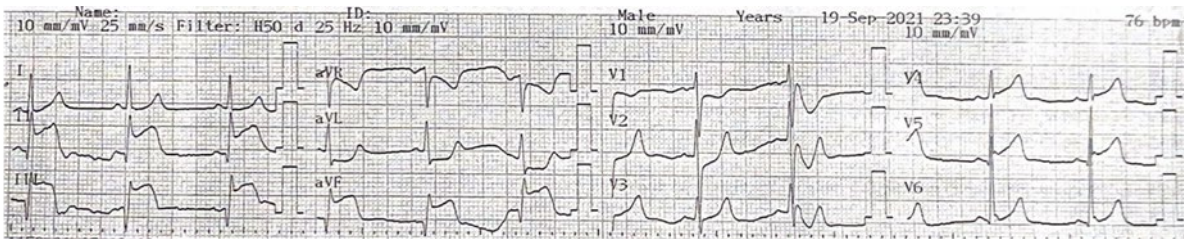
Caso Clínico 3

SM, 26 años, sin AF ni FRCV a destacar.

Carcinoma testicular embrionario diagnosticado en 05/2021 (pT3 extensión más allá del testículo, cN3 afectación ganglionar, M1A ganglios linfáticos distantes o pulmones y S2 elevación de marcadores tumorales) etapa clínica IIIb.

Se realiza orquiectomía radical derecha y comienza 19/07/2021 con Bleomicina/Etopósido/Cisplatino x 4 ciclos c/28 días.

Consulta por dolor torácico opresivo, intenso y prolongado, de reposo, de 3 horas de evolución y acompañado de sudoración profusa. Se realiza el siguiente ECG:



PREGUNTA 1

¿Cuál es su diagnóstico y qué conducta terapéutica adoptaría?

Se realiza CACG que evidencia: ACD con lesión suboclusiva trombótica en 1/3 distal, ADP con oclusión trombótica distal y APL con oclusión trombótica distal.

Se realiza ATC exitosa de ACD distal con implante de un stent liberador de fármacos, y por la alta carga trombótica se realizan inhibidores de GP IIb/IIIa i/v por 24 h.

ETT: VI no dilatado, aquinesia inferior e inferoseptal medio-apical, FEVI estimada 55%.

PREGUNTA 2

¿Qué factores cree que contribuyeron al desarrollo del evento isquémico en este caso?

- Edad.
- Bleomicina.
- Etopósido.
- Cisplatino.
- Estadio del cáncer.

PREGUNTA 3

¿Qué complicaciones potenciales podría tener el uso concomitante del plan de quimioterapia (Bleomicina/Etopósido/Cisplatino) con el tratamiento cardiovascular postinfarto?

PREGUNTA 4

¿Cómo manejaría el seguimiento de este paciente para asegurar la eficacia del tratamiento oncológico y evaluar si es necesario ajustar, o contraindicar, alguna de las terapias?

PREGUNTA 5

¿Qué consideración cree pertinente sobre la rehabilitación cardíaca y el ejercicio físico en su proceso de recuperación?

Caso Clínico 4

SM, 78 años, procedente de Colonia Nicolich (Canelones).
Epilepsia en tratamiento, fumador, probable EPOC, sin otros FRCV.
Adelgazamiento de 15 kg en 2 años, plenitud precoz y repugnancia selectiva.
DE CF II de meses de evolución, no edemas MMII, no ángor.

VGC: Neoplasma gástrico tipo Borrmann IV.

AP: carcinoma de células en anillo de sello en el sector biopsiado.

TC tórax abdomen y pelvis:

- TEP agudo bilateral.
- Engrosamiento parietal del cuerpo y antro gástrico en relación al dato clínico aportado, con ganglios hipogástricos.

ECG: RS 80 cpm, SAI, BCRI, trastornos secundarios de la repolarización.

ETT: Mala ventana acústica. Hipoquinesia difusa, FEVI 40%, IM e IT leve.

Se plantea un plan inicial de QT perioperatoria con esquema FLOT (Docetaxel, 5FU, oxaliplatino, leucovorin) pero dado hallazgos cardiológicos se decide iniciar XELOX (capecitabine, oxaliplatino).

PREGUNTA 1

Con respecto al hallazgo tomográfico de TEP en un paciente con cáncer, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

- Los anticoagulantes orales directos son una opción terapéutica.
- El hallazgo de TEP es muy infrecuente.
- El cáncer no es un factor que contribuye al desarrollo de ETEV.
- En pacientes con cáncer e indicación de anticoagulación, únicamente está recomendado utilizar heparina de bajo peso molecular.
- El hallazgo tomográfico de TEP en un paciente con cáncer, sin síntomas respiratorios, no quiere tratamiento específico.

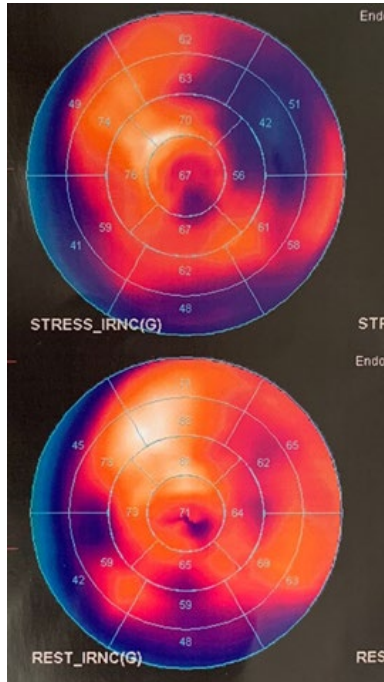
PREGUNTA 2

¿Cuál es el riesgo de toxicidad CV con el plan de quimioterapia planteado?

PREGUNTA 3

¿Considera realizar estudio etiológico de la disfunción sistólica del VI? ¿Con qué método?

Se decide realizar un centellograma de perfusión miocárdica sensibilizado con dipiridamol que evidencia:



Isquemia miocárdica moderada-severa que compromete la región anterolateral con extensión a región anterior del VI.

PREGUNTA 4

Luego de este resultado, ¿solicitaría algún estudio adicional?

Se realiza CACG que muestra:

- Arterias severamente calcificadas.
- TCI: lesión severa
- ADA: estenosis severa de tercio medio, ramo diagonal fino con oclusión crónica.
- ACx: ocluida crónicamente con circulación colateral.
- ACD: dominante con lesión moderada en tercio medio.

Se realiza ATC de TCI y ADA con implante de 2 DES.

Dada la indicación de anticoagulación por TEP, se decide mantener con enoxaparina asociado a clopidogrel.

PREGUNTA 5

¿Cómo optimizaría el tratamiento de su cardiopatía isquémica e insuficiencia cardíaca?

Buena evolución posterior, sin sangrados, sin descenso de Hb.
Se comienza con 1 ciclo de capecitabine a dosis reducidas con buena tolerancia y luego se continua con dosis estándar. ETT posterior a 3er ciclo: hipoquinesia difusa y FEVI 45%.

Caso Clínico 5

SM, 26 años, sin AF a destacar, obeso, ex fumador.

Linfoma de Hodgkin, clásico, estadio IIA, Bulky mediastinal. Recibió 6 líneas de tratamiento desde el diagnóstico, mostrándose refractario.

Se inicia pembrolizumab, a los 3 meses de iniciado comienza con disnea de esfuerzo progresiva, DD, DPN y edemas MMII hasta rodilla.

ECG: RS 100 cpm, P y PR normales, BCRD con trastornos secundarios.

ETT: VI no dilatado, hipoquinesia difusa, FEVI 32%. Leve dilatación de AI. VD levemente dilatado, disfuncionante. VCI 24 mm. Leve derrame pericárdico.

Troponinas positivas: 568 y 447 ng/dL (>100 ng/ml).

PREGUNTA 1

Con respecto al cuadro clínico, ¿cuál es diagnóstico más probable y cuál/es de las siguientes conductas tomaría?

- Se trata de un SCASEST y procede a coordinar CACG
- Se trata de un tromboembolismo pulmonar y se realiza angioTC pulmonar
- Se trata de una manifestación de toxicidad CV, miocarditis por inhibidores de checkpoint inmune.

PREGUNTA 2

Frente al planteo de miocarditis por pembrolizumab ¿cómo calificaría esta disfunción ventricular según la guía ESC 2022 y cuál es el tratamiento de elección?

PREGUNTA 3

¿Realizaría algún estudio adicional?

PREGUNTA 4

¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta sobre la miocarditis por inhibidores de checkpoint inmune (ICI)?

- a. Es uno de los efectos adversos inmuno-relacionados (IRAE) al igual que el desarrollo de hepatitis, tiroiditis, neumonitis, colitis, entre otros.
- b. La incidencia de miocarditis es baja (0,1-1%), pero su mortalidad es alta (25-50%).
- c. La incidencia de miocarditis es mayor cuando se administra una combinación de ICI.
- d. El tratamiento recomendado incluye la suspensión inmediata del ICI y la administración de corticoides a dosis altas.
- e. Todas las anteriores son correctas



EMC en Cardiología SUC 2024 SEMINARIO TALLER



Sociedad Uruguaya de Cardiología

Av. Garibaldi 2593 - C.P. 11600

Montevideo, Uruguay

Teléfono: (0598) 2480 65 67 - 2487 25 65

Whatsapp: +598 92 684 779

suc@adinet.com.uy - www.suc.org.uy