

22 MIOCARDIOPATÍA POR ESTRÉS SECUNDARIO A QUIMIOTERAPIA

María Belén Novo, Victoria Briano, Juan Albistur
Centro Cardiovascular Universitario. Hospital de Clínicas

Historia clínica: mujer, 54 años, ex tabaquista. Ingresa por debut de leucemia mieloide aguda (LMA). Se plantea poliquimioterapia (PQT) con citarabina e idarrubicina. Previo a su inicio se realiza ecocardiograma transtorácico (ETT) que informa función sistólica normal sin trastornos de la contractilidad. Seis días posteriores al inicio del tratamiento episodio de dolor torácico opresivo y paro cardiorrespiratorio (PCR) en fibrilación ventricular, maniobras de resucitación cardíaca avanzada exitosas, retoma circulación espontánea en ritmo sinusal, con inversión de ondas T en cara anterolateral e inferior y QTc 551ms (figura 1).

Pruebas complementarias: ETT post PCR inmediato evidencia fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) 30%, hipoquinesia global, aquinesia apical en todos sus segmentos (figura 2). Plaquetopenia severa, por lo que se retrasa cineangiografía (CACG) 1 mes posterior al evento, que resulta sin lesiones (figura 3) y se repite ETT informando FEVI 55% sin trastornos sectoriales y electrocardiograma (ECG) sin alteraciones.

Diagnóstico: miocardiopatía por estrés secundario a quimioterapia.

Discusión: la miocardiopatía por estrés, también conocida como síndrome de takotsubo o de balonamiento apical, es un síndrome clínico, electrocardiográfico e imagenológico caracterizado por una alteración transitoria y reversible de la motilidad parietal y disfunción del VI. Existe evidencia de que el estímulo adrenérgico intenso constituye la base fisiopatológica para el desarrollo del mismo, y puede producirse a partir de un desencadenante emocional o físico. Se presenta el caso clínico de una paciente con diagnóstico de LMA que sufrió un cuadro de disfunción ventricular izquierda aguda y PCR en FV 6 días posterior al inicio del tratamiento quimioterápico, con ECG y ETT compatibles con dicho síndrome, y CACG que descarta lesiones coronarias como causa etiológica del cuadro. Presentó una recuperación de la función cardíaca completa a los meses del evento. Si bien el estándar oro para el diagnóstico es la ventriculografía (en este caso no se realizó



Figura 1. Electrocardiograma en el que se destaca la inversión de ondas T difusa con QT prolongado (551 QTc).

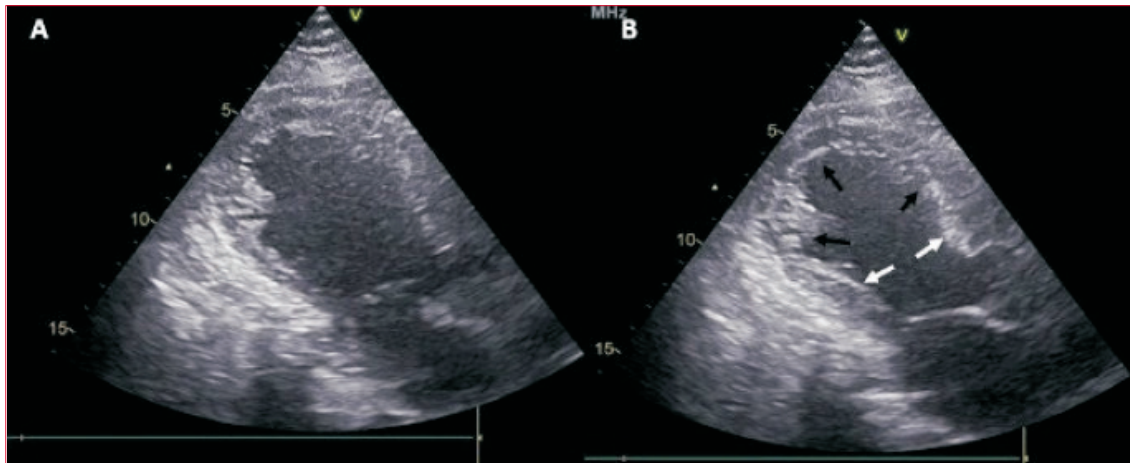


Figura 2. Ecocardiograma que evidencia imagen característica de síndrome de takotsubo con balonamiento apical. A) se observa el ventrículo izquierdo (VI) en diástole. B) VI en sístole donde se observa aquinesia de sectores apicales (flechas negras) y contractilidad normal en regiones basales y medias (flechas blancas).



Figura 3. Cineangiocoronariografía. Se muestran, de izquierda a derecha, cateterización selectiva de coronaria derecha, arteria descendente anterior y arteria circunfleja que no evidencian lesiones angiográficamente significativas.

estudio invasivo inicial dado el alto riesgo hemorrágico), la presentación clínica, las características del ECG y ETT y la evolución con recuperación completa del cuadro apoyan este diagnóstico. Dicho cuadro se presenta en el contexto de una paciente con patología hematooncológica, recibiendo tratamiento quimioterápico. Es conocido que el cáncer es una condición crónica que induce un estrés físico y emocional significativo, lo que aumenta el riesgo de miocardiopatía por estrés. En este contexto, los posibles desencadenantes incluyen la carga emocional del diagnóstico, el estado inflamatorio de la enfermedad, mediadores paraneoplásicos y la cardiotoxicidad de los agentes quimioterápicos. La cardiotoxicidad por quimioterapia es una de las complicaciones del tratamiento de la patología neoplásica, triplicando el riesgo de eventos cardiovasculares a mediano y largo plazo, por lo que es recomendable la optimización de medidas de protección y el seguimiento para una mejor asistencia del paciente. Aunque el pronóstico de la miocardiopatía por estrés es generalmente bueno, esta condición puede llevar a una interrupción de la quimioterapia, lo que puede afectar adversamente el resultado oncológico por lo que, si el fármaco quimioterápico es el culpable o simplemente un espectador de este cuadro, es un aspecto fundamental que debe analizarse de forma individualizada en cada caso.