

Estratificación del riesgo de cardiotoxicidad inducida por quimioterapia

Stratification of the risk of chemotherapy-induced cardiotoxicity

Dr. Miguel A. Rodríguez Ramos 

Departamento de Cardiología, Hospital Provincial Camilo Cienfuegos. Sancti Spíritus, Cuba.

Recibido: 7 de mayo de 2018
Aceptado: 31 de mayo de 2018

Palabras clave: Cardiotoxicidad, Quimioterapia, Insuficiencia cardíaca
Key words: : Cardiotoxicity, Chemotherapy, Heart Failure

Sr. Editor:

Agradezco la extensa revisión de Morales Yera *et al*¹ sobre cardiotoxicidad inducida por quimioterapia (CIQ). En tiempos actuales, donde las causas fundamentales de deceso en el país son las enfermedades vasculares y las tumorales, el subconjunto de pacientes con ambas enfermedades no es despreciable.

La primera estrategia de nuestro Sistema de Salud siempre ha ido hacia la prevención de daños evitables. Como bien se expuso, el daño por cardiotoxicidad puede aparecer hasta años luego de administrado el quimioterapéutico. Por tanto, la estratificación de riesgo de CIQ es pilar fundamental en el seguimiento y establecimiento de medidas profilácticas².

Para esto, en la Clínica Mayo, se desarrolló una escala de estratificación pronóstica. El puntaje establecido por Hermann *et al*³ otorga:

- 4 puntos: Antraciclina, ciclofosfamida, ifosfamida, clofarabina, herceptina
- 2 puntos: docetaxel, pertuzumab, sunitinib, sorafenib
- 1 punto: bevacizumab, dasatinib, imatinib, lapatinib
- 1 punto: enfermedad miocárdica, insuficiencia cardíaca, enfermedad de las arterias coronarias, diabetes mellitus, tratamiento previo con antraciclina, radiación en tórax, edad inferior a 15 o mayor a 65 años y sexo femenino.

El riesgo de cardiotoxicidad alto corresponde a 6

puntos o más. La actual clasificación se subdivide en bajo (menos de 3 puntos), intermedio (3-4 puntos), alto (5-6 puntos) y muy alto (más de 6 puntos). Asimismo, la conducta ulterior se basará en el riesgo de CIQ obtenido.

A los pacientes con bajo riesgo no se les modificará el esquema terapéutico, ni se impondrá tratamiento. A aquellos en riesgo intermedio se les evaluará el riesgo-beneficio del tratamiento, antes de su inicio. Los pacientes con alto riesgo se tratarán con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o antagonistas de los receptores de angiotensina 2 (ARA-2), junto con betabloqueantes (carvedilol, de preferencia) y estatinas. Mientras que a aquellos pacientes con alto riesgo de CIQ se les pospondrá el tratamiento con citostáticos por una semana, para lograr una adecuada adherencia a dosis máxima tolerada del tratamiento anterior.

Considero que una adecuada profilaxis y un diagnóstico temprano de la CIQ, serán pilares fundamentales para disminuir o retrasar, en los próximos años, la aparición de disfunción ventricular e insuficiencia cardíaca clínica en gran parte de la población afectada por enfermedades tumorales.

Evitemos una epidemia.

CONFLICTOS DE INTERESES

Ninguno

BIBLIOGRAFÍA

1. Morales Yera RA, Sierra Pérez L, Triana Díaz A.

- Cardiotoxicidad inducida por quimioterapia. CorSalud [Internet]. 2018 [citado 30 Abr 2018];10(1): 68-77. Disponible en: <http://www.revcorsalud.sld.cu/index.php/cors/article/view/295/632>
- Al-Kindi SG, Oliveira GH. Prevalence of preexisting cardiovascular disease in patients with different types of cancer: The unmet need for Onco-Cardiology. Mayo Clin Proc. 2016;91(1):81-3.
 - Herrmann J, Lerman A, Sandhu NP, Villarraga HR, Mulvagh SL, Kohli M. Evaluation and management of patients with heart disease and cancer: Cardio-Oncology. Mayo Clin Proc. 2014;89(9): 1287-306.

Estratificación del riesgo de cardiotoxicidad inducida por quimioterapia: Respuesta

Stratification of the risk of chemotherapy-induced cardiotoxicity: Reply

MSc. Dr. Rodolfo A. Morales Yera¹✉, Dra. Ludmila Sierra Pérez¹, Dr. Alexander Triana Díaz²

¹Departamento de Oncología Clínica, Hospital Celestino Hernández Robau. Santa Clara, Villa Clara, Cuba.

²Departamento de Cardiología, Hospital Celestino Hernández Robau. Santa Clara, Villa Clara, Cuba.

Recibido: 4 de junio de 2018
Aceptado: 19 de junio de 2018

Palabras clave: Cardiotoxicidad, Quimioterapia, Insuficiencia cardíaca
Key words: Cardiotoxicity, Chemotherapy, Heart failure

Sr. Editor:

Coincidimos con Rodríguez Ramos¹ en que una adecuada profilaxis y un diagnóstico temprano de la cardiotoxicidad inducida por quimioterapia (CIQ) serán pilares fundamentales para disminuir o retrasar la aparición de disfunción ventricular e insuficiencia cardíaca clínica en gran parte de la población afectada por enfermedades tumorales.

El aumento de la supervivencia de los pacientes con cáncer, en general, y en la enfermedad avanzada; el desarrollo de la medicina personalizada, la incidencia de segundas neoplasias en supervivientes de cáncer, la terapéutica con medicamentos de uso prolongado, la posibilidad de usar nuevas líneas de tratamiento –localizaciones con más de 4 líneas–, el desarrollo de técnicas de radioterapia que permite re-irradiación, los avances en la cirugías de rescate, entre otras razones que evidencian la transición de la enfermedad hacia la cronicidad, otorgan urgencia a desarrollar estrategias adecuadas de prevención y tratamiento del paciente para evitar o retrasar el daño o afección miocárdica generada por la exposición a agentes quimioterapéuticos.

Como habíamos referido en el artículo de revisión², para que se presente cardiotoxicidad por un

fármaco interactúan factores propios del agente y del paciente. En lo que se refiere al fármaco, el tipo de agente, la dosis aplicada durante cada sesión y la dosis acumulada, así como la frecuencia, la vía de administración y otros agentes empleados en combinación, son factores que afectan la forma y el tiempo de presentación de la CIQ. La edad (niños y mayores a 65 años), cualquier enfermedad cardiovascular previa, radioterapia previa –principalmente mediastinal–, alteraciones metabólicas e hipersensibilidad a los distintos fármacos se consideran entre los factores relacionados con el paciente^{2,3}.

La CIQ puede aparecer a cualquier edad; sin embargo, la probabilidad de presentar complicaciones aumenta con la edad. Las mujeres tienen mayor riesgo de presentar eventos cardiovasculares con el uso de quimioterapia, a pesar de que los hombres tienen mayor posibilidad de desarrollar aterosclerosis, lo cual debe ser tenido en cuenta por los oncólogos, cardiólogos o médicos que atienden a estos pacientes. A su vez, a mayor dosis acumulada también es mayor el riesgo de desarrollar CIQ; ejemplo claro de esto se presenta con el uso de antraciclinas, como la doxorubicina, donde el riesgo de insuficiencia cardíaca asociada con la dosis acumulativa es de 0,2% con dosis de 150 mg/m², de 1,6% con 300