

PUESTA AL DÍA EN CARDIOLOGÍA

BOLETÍN No. 103

Juan Karlo Urrea Zapata MD, FACC

Medicina Interna, Cardiología, Diagnóstico No Invasivo. Clínica Amiga, Clínica Castellana, Cali.

“Cardio-Onco-Hematología en la práctica clínica: Documento de consenso y recomendaciones”

Teresa Lopez-Fernandez, Ana Martin Garcia, Ana Santaballa Beltran, Angel Montero Luis, Ramon Garcia Sanz, Pilar Mazon Ramos, Sonia Velasco del Castillo, Esteban Lopez de Sa Areses, Manuel Barreiro-Perez, Rocio Hinojar Baydes, Leopoldo Perez de Isla, Silvia Cayetana Valbuena Lopez, Regina Dalmau Gonzalez-Gallarza, Francisco Calvo-Iglesias, Juan Jose Gonzalez Ferrer, Antonio Castro Fernandez, Eva Gonzalez-Caballero, Cristina Mitroi, Meritxell Arenas, Juan Antonio Virizuela Echaburu, Pascual Marco Vera, Andres Iñiguez Romo, José Luis Zamorano, Juan Carlos Plana Gomez y Jose Luis Lopez Sendon Henchel. *Rev Esp Cardiol.* 2017;70(6):474–486

“Nuevas técnicas de imagen cardiaca en la detección precoz de cardiotoxicidad secundaria a tratamientos oncológicos: un complemento perfecto”

Teresa Lopez-Fernandez, y Paaladinesh Thavendiranathan. *Rev Esp Cardiol.* 2017;70(6):487–495

Este par de artículos publicados este mes en la Revista Española de Cardiología, nos permiten una mirada a una nueva subespecialización (creciente) en el campo de la cardiología, la CARDIOONCOLOGÍA. Estos son algunos de los puntos más importantes para la práctica diaria, enfatizando su revisión profunda en el link de las referencias:

1. Son importantes los protocolos locales de atención y seguimiento de los pacientes con cáncer, con el objetivo de facilitar en tratamiento y reducir la toxicidad cardiovascular. En este sentido, es muy relevante la participación multidisciplinar: hematooncología, imágenes, cardiología, falla cardiaca, rehabilitación.
2. Se establece el punto de corte para definir la fracción de eyección normal del ventrículo izquierdo a partir de 53%.
3. No hay actualmente una escala de estratificación del riesgo de toxicidad, validada en el mundo y menos en nuestro medio, el grupo europeo propone utilizar el SCORE para establecer el riesgo de eventos a 10 años sin embargo en Colombia, no podríamos evaluar este aspecto, y por lo tanto nos quedamos más con los factores de riesgo de disfunción ventricular en pacientes cardiooncológicos:

a. Factores genéticos

b. Dosis acumulada (antracíclicos predominantemente)

- c. Mujeres
 - d. Menores de 15 años o mayores de 65 años
 - e. Hipertensión arterial
 - f. Cardiopatía isquémica
 - g. FEVI limítrofe antes de iniciar el tratamiento (50%-55%)
 - h. Historia de insuficiencia cardiaca o cardiotoxicidad previa documentada
 - i. Tratamiento combinado con antitumorales (antracíclicas, ciclofosfamida, trastuzumab por ejemplo), y radioterapia torácica
 - j. Insuficiencia renal
 - k. Obesidad (> 30) y sedentarismo
 - l. Tiempo transcurrido desde el tratamiento
-
4. Como estrategia relevante de prevención en todos los pacientes, se requiere de optimizar el control de los factores de riesgo, aplicar escalas (para Colombia Framinghamx0.75), alimentación sana y ejercicio, no fumar, y usar medicaciones con menor factor cardiotoxico (soluciones liposomales, etc). Identificar y tratar precozmente posibles efectos tóxicos lleva a la instauración de tratamientos que pueden modificar el desarrollo de la falla cardiaca (Carvedilol, nebivolol, enalapril, candesartan, bloqueadores de aldosterona, estatinas).
 5. Actualmente no se recomienda iniciar cardioprotectores a todos los pacientes sin embargo es importante iniciar el manejo en los pacientes con muy alto riesgo cardiovascular (eventos CV previos, HTA de larga data, uso repetido de terapias anticáncer).
 6. NO hay un consenso establecido en la predicción del NTproBNP o BNP como tamizador de riesgo, diferente a los valores elevados de las troponinas (I) que si se recomiendan.
 7. La técnica de imagen de elección en el seguimiento de estos pacientes es el ecocardiograma, especialmente con software para cálculo de Strain Longitudinal Global por técnica de Speckle Tracking, y como recomendación general aún, tratar siempre de realizar los estudios en el mismo equipo.
 8. Hay unos algoritmos en las páginas 478-479 (figuras 2-3) que describe de una manera clara el seguimiento de estos pacientes (no se anexa por Copyright). También se describen la comorbilidades asociadas y su manejo.
 9. La cardiorresonancia si bien es el gold estándar para la medición de los volúmenes ventriculares, se reserva solo en los casos de duda respecto al seguimiento de los pacientes. El TAC preocupa por la radiación ionizante asociada y por lo tanto no es una técnica indicada.
 10. No se debe cambiar el tratamiento oncológico que ha demostrado mejorar la sobrevida de los pacientes, siempre se debe tratar de optimizarlo, usar medicaciones menos tóxicas y como último recurso suspender el tratamiento temporalmente para esperar una recuperación de la función cardiaca y proseguir, todas estas decisiones son explícitamente indicadas por un grupo multidisciplinar valorando los riesgos y beneficios en cada decisión.
-

Referencia:

https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S0300893216307552.pdf?locale=es_ES

https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S0300893217300507.pdf?locale=es_ES

EDITOR

Juan Karlo Urrea Zapata, MD, FACC

Medicina y Cirugía, Universidad Libre, Cali

Medicina Interna, Cardiología, Diagnóstico No Invasivo, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá

Fellow American College of Cardiology

Miembro de número Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular.

Profesor universitario, Universidad Libre, Universidad del Valle, Pontificia Universidad Javeriana, Cali, Colombia.

Master Universitario en proceso, Avances en Cardiología, Sociedad Española de Cardiología, Sociedad Colombiana de Cardiología, Grupo Menarini, Universidad Católica San Antonio, España.

Subinvestigador TIMI Study Group, Harvard Medical School, Boston, Mass.

Par Académico, Universidad Nacional de Colombia.

Editor Asociado, PLM América Latina.

International Instructor Network, American Heart Association, USA.

Instructor Internacional avalado, Operation Smile, Centro de Entrenamiento Salamandra, AHA en BLS-ACLS, ACLS-EP.

Unidad de Cardiología y Diagnóstico No Invasivo, Clínica Amiga, Cali, Colombia.

Director Científico, Clínica Castellana, Cali, Colombia