

SHOCK CARDIOGÉNICO INDUCIDO POR IDARUBICINA: A PROPÓSITO DE UN CASO



Sánchez Rubio F, Marco del Río J, Clemente Andújar M, Díaz Rangel M,
Romero Candel G, Monteagudo Martínez N.
Servicio de Farmacia. Gerencia de Atención Integrada de Albacete



OBJETIVOS

Idarubicina presenta actividad antitumoral por pertenecer al grupo de las antraciclinas. Está indicada para el tratamiento de Leucemia Mieloide Aguda (LMA) en adultos para inducción de la remisión como terapia de primera línea o para inducción de remisión en pacientes recidivantes o refractarios. En nuestro hospital el protocolo utilizado habitualmente para pacientes con LMA menores de 65 años es el PETHEMA 2010, el cual consiste en una inducción Ida-ARAC (3+7), en la que se combinan idarubicina intravenosa (iv) ($12\text{mg}/\text{m}^2$) los días 1-3 del ciclo con citarabina o ARA-C iv ($200\text{mg}/\text{m}^2$) los días 1-7 del ciclo. La toxicidad cardíaca es el efecto adverso más frecuente y supone un riesgo grave del tratamiento con antraciclinas.

El objetivo del estudio ha sido describir la cardiotoxicidad manifestada por un paciente diagnosticado de LMA M0 en tratamiento con idarubicina.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión de la historia clínica electrónica del paciente a partir del programa Mambrino XXI® y seguimiento de los informes de Ecocardiografía para evaluar la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) y alteraciones inespecíficas del segmento ST y de la onda T.



RESULTADOS

Varón de 38 años que acude a urgencias por presentar adenopatías laterocervicales que, tras ser biopsiadas, ingresa a cargo de Hematología siendo diagnosticado de LMA M0. Tras ecocardiografía inicial con FEVI del 70% y sin otros hallazgos significativos, se inicia ciclo PETHEMA 2010 <65 años de inducción el mismo día del ingreso. A los quince días aparece fiebre persistente sin foco claro, hipotensión y dolor torácico opresivo por lo que se decidió realizar un electrocardiograma (ECG) y ecocardiografía (ECHO) que mostraron varias alteraciones importantes. El paciente fue trasladado a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) con diagnóstico de shock cardiogénico: disfunción biventricular con FEVI del 40% y elevación difusa del ST compatible con pericarditis, debido a posible toxicidad por antraciclinas.

Se planteó, por tanto, nuevo tratamiento quimioterápico valorado de forma conjunta entre UCI, Cardiología y Hematología, ya que preocupaba el empeoramiento eventual de la insuficiencia cardíaca. Después de contactar con hospital de referencia en trasplante alogénico se decide administrar el protocolo de rescate FLAG el cual consiste en una inducción en la que se combinan la fludarabina iv ($30\text{mg}/\text{m}^2$) los días 1-5 del ciclo con ARA-C ($2000\text{mg}/\text{m}^2$) iv los días 1-5 del ciclo; con el fin de inducir remisión para posible inclusión del paciente en alotrasplante. Desde entonces, los ecocardiogramas posteriores fueron normales.

CONCLUSIONES

La toxicidad cardíaca es un riesgo del tratamiento con antraciclinas que se puede manifestar por acontecimientos precoces o tardíos, aunque no siempre es fácil atribuir dicha relación.

La cardiotoxicidad por antraciclinas se puede reducir mediante un seguimiento regular de la FEVI durante el tratamiento, interrumpiendo enseguida su administración al primer signo de función alterada. Se recomienda realizar una evaluación de la función cardíaca previa al tratamiento, mediante un ECG especialmente en pacientes de alto riesgo.

A pesar de la utilización de las antraciclinas de forma rutinaria en pacientes con LMA nunca se debe olvidar tomar las precauciones pertinentes.