

Infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST en joven, una manifestación de cardiotoxicidad

María Victoria Veirano Prats ¹; Mariana Martino ¹; Soledad Murguía ²; Lucía Florio ³

1 - CCVU, Hospital de Clínicas. 2 - CCVU, Hospital de Clínicas. 3 - CCVU, Hospital de Clínicas.

Introducción

Los avances en el tratamiento del cáncer han prolongado la supervivencia, sin embargo esto ocurre a expensas de un aumento en las complicaciones CV asociadas al mismo.

Caso Clínico

Sexo masculino, 26 años, sin factores de riesgo CV, ni antecedentes familiares. En mayo de 2021 se diagnostica carcinoma testicular embrionario estadio IIb, se realiza orquiectomía radical derecha y se plantean 4 ciclos cada 28 días de poliquimioterapia con Bleomicina, Etopósido y Cisplatino. A la semana de completar tercer ciclo instala angor de reposo, prolongado, acompañado de síndrome neurovegetativo. Consulta tras 2 horas del inicio de los síntomas, constatándose paciente con dolor, sudoroso, PA 140/90 mmHg, a la auscultación CV ritmo regular de 90 cpm, sin soplos y a nivel PP sin hallazgos patológicos. ECG muestra supradesnivel del segmento ST en cara inferolateral e infradesnivel del segmento ST en aVL, V1 y V2. (Figura 1). Con planteo de IAMcST inferoposterolateral KK I de 2 horas de evolución, se traslada para CACG de emergencia. La CACG evidenció lesión suboclusiva trombótica ACD distal, oclusión trombótica distal de ADP y de ramo posterolateral, continuando con ATC1 de ACD e inhibidores de la GP IIb/IIIa por 24 horas, y heparina de bajo peso molecular por 15 días dada alta carga trombótica. (Figura 2: A y B). El paciente evolucionó favorablemente, con buena tolerancia al tratamiento antiisquémico. El ETT evidenció VI de dimensiones normales, con acinesia inferior e inferoseptal medio y apical y FEVI estimada en 55%. Valorado en conjunto con oncología y descartadas enfermedades trombotógicas, se planteó evento CV vinculado al tratamiento oncoespecífico. Se discute necesidad de realizar último ciclo, el cual no presenta contraindicaciones, bajo tratamiento de prevención secundaria, control y seguimiento. Finalmente se decide por equipo oncológico no realizar último ciclo, dado remisión total.

Pruebas complementarias

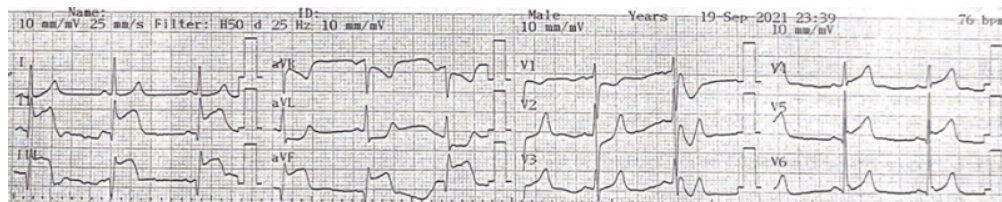


Figura 1: ECG del ingreso.



A
B Figura 2 : A: CACG ACD B: ATC

Diagnóstico

IAMcST inferoposterolateral, potencial manifestación de cardiotoxicidad.

Discusión

Existen múltiples formas de presentación clínica de cardiotoxicidad. Las complicaciones tromboembólicas coronarias como injuria miocárdica e IAM presentan una incidencia variable 7,6 a 63%. Es conocida la cardiotoxicidad vinculada a los 3 fármacos quimioterápicos que recibió el paciente, cuyos mecanismos fisiopatológicos son diferentes. La Bleomicina, antibiótico antitumoral, está vinculado con manifestaciones como

pericarditis o angina con una incidencia menor a 3%. Otras complicaciones como enfermedad arterial coronaria o isquemia miocárdica se han observado en pacientes jóvenes durante o luego del tratamiento. Su mecanismo es hasta el momento desconocido. Con Etopósido, inhibidor de Topoisomerasa, se han documentado casos de IAM y angina vasoespástica. Frecuentemente combinado con Cisplatino, ambos se asocian a toxicidad cardíaca tanto aguda como tardía. Los efectos cardiotóxicos probablemente estén vinculados a alteraciones electrolíticas por nefrotoxicidad. En pacientes jóvenes que recibieron Cisplatino como tratamiento existe mayor riesgo cardiotoxicidad tardía. Se debe destacar que los pacientes que van a recibir quimioterapia con fármacos potencialmente cardiotóxicos deben ser evaluados previo al inicio de la misma, con el fin de realizar una correcta estratificación de riesgo y un seguimiento estrecho, para así pesquisar complicaciones derivadas de los tratamientos e intervenir de forma oportuna.
