

CARDIOTOXICIDAD EN PACIENTES ONCOLÓGICOS: TERMINOLOGÍA, EVALUACIÓN DEL RIESGO CV Y PREVENCIÓN PRIMARIA

Autor: Marcos García Aguado (Cardiología Hospital U. Puerta de Hierro de Majadahonda, Madrid)

Fecha de publicación: 25/01/2023

Patología: Miscelánea / Categoría: Actualización

Tiempo de lectura: 4 minutos.



*Este post incluye opiniones de su autor. Las partes del texto subrayadas contienen enlaces a artículos publicados, u otros posts de **CARPRIMARIA**.*

Los tumores han sido responsables del 25,1% de los fallecidos en **España** durante el año 2021, según datos del [Instituto Nacional de Estadística de España \(INE\)](#), la segunda causa de muerte de los españoles por grupos de enfermedad, aunque en el caso de los varones escalan hasta el primer puesto. Valorando enfermedades individuales, el cáncer de bronquios y pulmonares se constituiría como el que más muertes produce en España en términos absolutos, representando el 5% del total de fallecidos en el 2021.

En el año 2022 se presentaron las [primeras guías de práctica clínica](#) de la **Sociedad Europea de Cardiología** sobre cardio-oncología, para el manejo de nuestros pacientes con enfermedades oncológicas en el ámbito de la esfera cardiovascular. Estas guías presentan muchas recomendaciones basadas en consenso de expertos y con baja evidencia para sustentarlas, lo que nos indica la necesidad de desarrollar más investigación en este campo.

El riesgo de cardiotoxicidad en los pacientes con cáncer cambia a lo largo del tiempo, siendo necesario equilibrar los beneficios de las terapias contra el cáncer con los riesgos, evaluándolos antes y después de los tratamientos. Son múltiples las variables que influyen

en el riesgo cardiovascular (CV) de estos pacientes, entre ellas la prevención primaria implementada y la optimización de los tratamientos de las enfermedades CV preexistentes, además de las propias terapias oncológicas (*tipo de terapia, dosis, frecuencia, duración, momento temporal de uso...*).

El manejo de los efectos CV de las terapias oncológicas tiene un impacto muy importante en los pacientes con cáncer, tanto a nivel de morbilidad como de mortalidad, por lo que hay que ser muy cuidadosos con las decisiones a tomar, y por ello se recomiendan grupos de trabajo, con decisiones tomadas en equipo, individualizando la terapia. Por ello surge la disciplina de la cardio-oncología.

La importancia de homogeneizar el lenguaje es fundamental para la transmisión adecuada de la información médica del paciente entre los diferentes niveles asistenciales. Las guías europeas a las que hace referencia este post de **CARPRIMARIA**, proponen las siguientes definiciones:

- Disfunción cardíaca relacionada con las terapias del cáncer (*disfunción ventricular izquierda*):
 - asintomáticas, cuando se objetivan reducciones de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVi) de novo (*se clasifican según la FEVi o la reducción, incluyendo la valoración por medio de la herramienta ecocardiográfica del Strain global longitudinal*). Se clasifican en severas, moderadas o leves;
 - sintomáticas, cuando se desarrolla insuficiencia cardíaca (IC), clasificadas en muy severas, severas, moderadas o leves, según la necesidad de tratamiento diurético y la necesidad de hospitalización y soporte inotrópico/asistencia circulatoria;
- miocarditis;
- toxicidad vascular clasificada como asintomática o sintomática, incluyendo la afectación de todos los territorios vasculares, desde la cardiopatía isquémica, hasta la trombosis venosa o la arterial. Dentro de la enfermedad vascular, no se incluye solo la aterotrombótica, también la angina vasoespástica y la angina microvascular o el fenómeno de Raynaud's;
- hipertensión arterial;
- arritmias cardíacas, recogiendo el QT prolongado, la bradicardia, la taquicardia supraventricular, la fibrilación auricular y la arritmia ventricular.

El estudio de los pacientes oncológicos, como se comentó antes, debe incluir una evaluación cardiovascular previa al inicio de terapias con riesgos cardiotoxicos. Se recomienda una evaluación del riesgo CV, y se propone un Score (**HFA-ICOS**) para clasificar a los pacientes en riesgo bajo, medio o alto/muy alto. Los pacientes de alto/muy alto riesgo, deben ser referidos a cardiología para una evaluación completa, al igual que los pacientes con enfermedad CV establecida o con hallazgos patológicos a nivel CV.

Aunque esta herramienta requiere realizar nuevas validaciones para que pueda usarse de forma más amplia en diferentes tipos de cáncer, se recomienda su uso porque es fácil de implementar. Aunque no se contraindica el uso de otras calculadoras de riesgo cardiovascular como el [SCORE2-OP](#) y [SCORE2](#), sin olvidar que el riesgo del paciente es mayor por la misma presencia del cáncer.

En estas guías se remarca la importancia de la prevención primaria del daño cardiovascular por terapias oncológicas con cardiotoxicidad descrita, mediante la modificación del estilo de vida hacia un cardiosaludable, el control de los factores de riesgo cardiovascular. Además, se recomiendan determinadas terapias farmacológicas:

- Uso del quelante **dexrazoxano** en pacientes con alto o muy alto riesgo de toxicidad CV por **antraciclinas**.
- **IECAs o ARA II y BetaBloqueantes** son recomendados en pacientes con alto o muy alto riesgo CV con terapia con antraciclinas o anti-HER2, o con terapias oncológicas con alto riesgo de desarrollo de IC.
- Las **estatinas** se recomiendan en pacientes con alto riesgo de desarrollo de cardiotoxicidad por terapias oncológicas.



Ilustración 1. Terapias para la prevención primaria y estimación riesgo en el paciente oncológico

REFERENCIAS

[Eur Heart J. 2022 Nov 1;43 \(41\):4229-4361](#)