

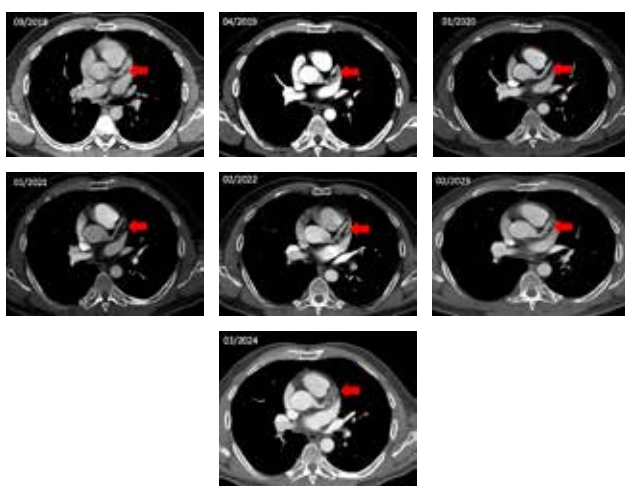


6. Cardio-Oncología

6.1. Aceleración de progresión de la placa aterosclerótica de arterias coronarias en paciente oncológico en quimioterapia

Pineda-Córdoba JM, Canché-Aguilar DL, Meza-Neri DL, Guerrero-Campos ED, González-Putoy MY, Rosales Uvera SG
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición
Salvador Zubirán. Ciudad de México, México.

Introducción: los avances en tratamientos del cáncer han duplicado la supervivencia en los últimos 40 años, más de 50% viven 10 años o más después del diagnóstico. Estas mejores tasas de supervivencia,



Tomografías de evolución de placa aterosclerótica en descendente anterior

Figura 6.1.1: TC de tórax no sincronizada con ECG (2018-2024).

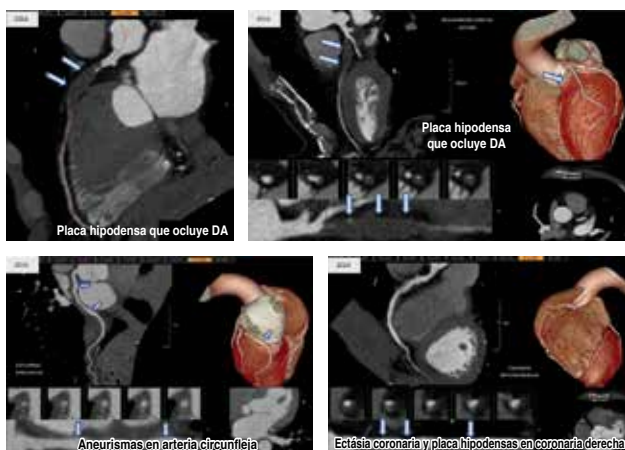


Figura 6.1.2: Angio-TC coronaria (sincronizada con EKG).

junto con la amplia gama de efectos adversos asociados con las nuevas terapias contra el cáncer, resultan en una mayor cardiotoxicidad relacionada a quimioterapia. Los sobrevivientes de cáncer adulto tienen mayor riesgo elevado de enfermedad cardiovascular (ECV) en los años posteriores al diagnóstico. La estrecha colaboración entre cardiólogos y oncólogos es esencial para proporcionar atención centrada en el paciente, y se presta cada vez más a través de servicios dedicados a la cardio-oncología. La disponibilidad de imágenes cardíacas multimodales es fundamental para la cardio-oncología. Los pacientes con cáncer y los sobrevivientes tienen un riesgo cardiovascular elevado. Ciertos tratamientos como VEGFi, ICI, se asocian con un mayor riesgo de ECV aterosclerótica. Los pacientes con cáncer tienen mayor riesgo de EAC debido a los FRCV compartidos y la toxicidad CV del tratamiento oncológico, agravado por el estado proinflamatorio y protrombótico inducido por el cáncer. **Descripción del caso:** masculino de 55 años, abogado, en 2018 se le diagnostica con carcinoma renal de células claras, estadio clínico IV. Tratamiento recibido: nefrectomía radical izquierda (septiembre 2018), cabozantinib (inicio en 2018) durante seis años. Antecedente de HTA inducida por QT (controlada con amlodipino + losartán), no diabetes, no tabaquismo, no dislipidemia, IMC: 26 Kg/m², asintomático, EKG sin alteraciones. Angio-TC coronaria, 10/04/2024: calcio coronario 18.85 UA (CAC-RDS1), DA proximal ocluida en 38 mm, flujo distal por circulación colateral, Circunfleja con aneurismas fusiformes, RCA placa hipodensa con punto cálcico, estenosis 1-24%. (CAD-RADS 5/P2/HRP). TC tórax 2018-2024: se evaluó arteria DA en tomografías previas observando evolución acelerada de placa aterosclerótica. **Material y métodos:** se buscaron las referencias bibliográficas en los repositorios indizados. **Resultados y conclusiones:** paciente asintomático, sin embargo, RCV incrementado, con riesgo de MSC mayor por lo que se debe ser más agresivo en tratamiento y vigilancia.

6.2. Uso de imagen multimodal en la cardiotoxicidad por radioterapia

Payán-Cortina Fátima de la Luz
Hospital Español de México.

Introducción: el uso de la radioterapia ha contribuido a un aumento significativo en la supervivencia de los pacientes oncológicos, dando como resultado complicaciones tardías del tratamiento. La cardiotoxicidad asociada a radiación es un reto diagnóstico y terapéutico que da como resultado presentaciones clínicas complejas y una mayor morbilidad y mortalidad. Las imágenes multimodales son fundamentales en el diagnóstico temprano y pronóstico de la enfermedad. **Presentación del caso:** paciente femenino de 49 años, acude a sala de urgencias por tres episodios de síncope acompañado de movimientos tónico-clónicos de 5-10 segundos con posterior recuperación *ad integrum*. Cuenta con antecedentes de adenocarcinoma esofágico, con neoadyuvancia con quimioterapia más radioterapia y tratamiento quirúrgico con R0 (2014), cáncer de mama, para lo cual se llevó a cabo cuadrantectomía izquierda con radioterapia adyuvante (2022) y hábito tabáquico positivo a razón

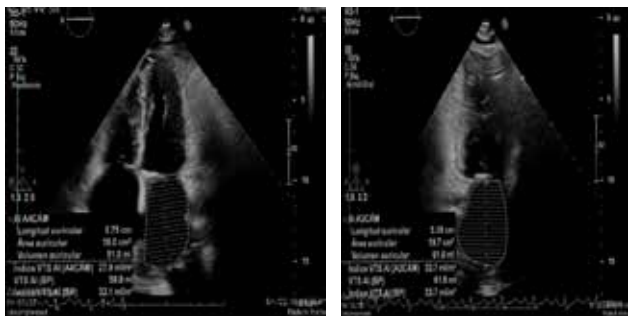
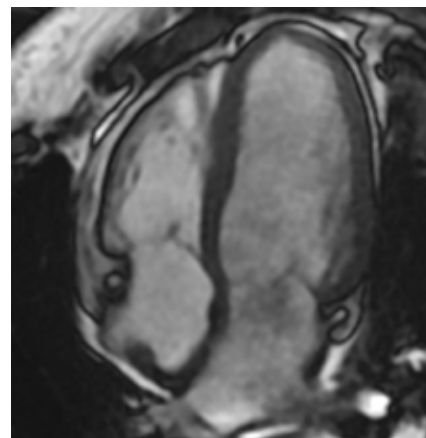


Figura 6.2.1: Ecocardiograma en 4 y 2 cámaras.

de 10 cigarros al día. A la exploración física destaca precordio hiperdinámico con soplo diastólico II/VI en foco aórtico con irradiación a foco accesorio, soplo holosistólico en foco mitral II/VI con irradiación a quinto espacio intercostal izquierdo, línea axilar anterior; el resto normal. Dentro de los estudios paraclínicos: electrocardiograma (12 derivaciones) en ritmo sinusal sin alteraciones. Se colocó monitoreo cardíaco continuo, presentando nuevo evento de síncope en reposo, con movimientos tónicos y rigidez generalizada de 5-10 segundos, durante el cual se evidenció asistolia ventricular > 11 segundos por lo que se coloca marcapasos definitivo de doble cámara, sin complicaciones. El ecocardiograma transtorácico mostró cavidades izquierdas dilatadas con acinesia de la pared inferior y septum inferior basal, FEVI 70%, PSAP 99 mmHg, insuficiencia aórtica, mitral y tricúspidea moderadas. **Material y métodos:** aunque los datos de supervivencia y recurrencia respaldan la radioterapia, ésta puede resultar en un daño sostenido y acumulativo a las estructuras cardíacas. La cardiotoxicidad por radioterapia está bien relacionada con complicaciones como: fibrosis miocárdica, enfermedad valvular, enfermedad pericárdica y disfunción del sistema de conducción; estos efectos perjudiciales de la radiación pueden verse agravados por los efectos cardiotóxicos de los agentes quimioterapéuticos usados en combinación. Si bien no existen pautas específicas para quienes recibieron radiación torácica, se debe considerar el empleo

Figura 6.2.2:

Resonancia magnética cardíaca. Valvas mitrales engrosadas con derrame pericárdico moderado. En secuencia T2w se observa engrosamiento y edema pericárdico.



de imagen multimodal si las arterias coronarias recibieron dosis acumulativa de radiación (> 35 Gy) a partir de los cinco años posteriores a la terapia y/o en pacientes de 30 a 35 años. La detección con cada una de estas modalidades será determinada en función de otros factores de riesgo concomitantes. **Resultados:** angiotomografía de arterias coronarias con score de calcio de 1,655 UA y lesiones intermedias en descendente anterior, 2 ramo diagonal, circunfleja y ramo intermedio. Resonancia magnética cardíaca en secuencia cine de cuatro cámaras, valvas mitrales engrosadas con derrame pericárdico moderado. En secuencia T2w se observa engrosamiento y edema pericárdico. Resto del estudio mostró fibrosis con patrón isquémico. Se ajustó manejo médico y la paciente egresó sin complicaciones y sin datos de insuficiencia cardíaca para control en consulta externa. **Conclusiones:** se deben realizar protocolos de detección temprana mediante equipo multidisciplinario, por el curso silente de estas patologías, siendo fundamental el empleo de imagen multimodal, así como una estrategia de educación médico-paciente con énfasis en los factores de riesgo modificables, que actúan de forma sinérgica para aumentar el riesgo de eventos coronarios mayores.