



6003-3. IMPLICACIONES PRONÓSTICAS DEL INICIO DEL TRATAMIENTO NEUROHORMONAL CARDIOPROTECTOR EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA QUE DESARROLLAN CARDIOTOXICIDAD ASINTOMÁTICA SIN RETIRAR EL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO

Marta Pons Monné, Núria Coma Constansó, Pasqual Llongueras Espí, Sergio Moral Torres, Manjot Singh, Aleix Fort Pal, Paula Fluvià Bruges, Marc Abulí Lluch y Ramón Brugada Terradellas

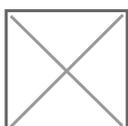
Hospital Universitario Dr. Josep Trueta, Girona.

Resumen

Introducción y objetivos: La aparición de cardiotoxicidad asintomática en pacientes con cáncer de mama sometidas a terapias cardiotoxícas es una consulta frecuente en la Unidad de Cardio-Oncología. Se desconoce si el inicio del tratamiento neurohormonal (TNH) permite evitar la interrupción del tratamiento oncológico mejorando el pronóstico de estas pacientes.

Métodos: Estudio observacional prospectivo (enero 2020-febrero 2022) en pacientes con cáncer de mama derivadas a la Unidad de Cardio-Oncología por cardiotoxicidad asintomática durante el tratamiento oncológico. La cardiotoxicidad se clasificó como: ligera (FEVI \geq 50% con alteración de biomarcadores/GLS) o moderada (FEVI \geq 40% y 50% con o sin alteración de biomarcadores/GLS). Manteniendo el tratamiento oncológico, se inició TNH con inhibidores enzima conversora angiotensina (IECA) y/o bloqueadores beta (BB). Se recogió FEVI inicial, durante el tratamiento oncológico y a los 3-6 meses de finalizarlo. El objetivo primario fue establecer las implicaciones pronósticas y seguridad del TNH en pacientes con cáncer de mama sometidas a tratamientos cardiotoxícos que desarrollan cardiotoxicidad asintomática, manteniendo el tratamiento oncológico. El objetivo secundario fue valorar la repercusión en la FEVI de la retirada del TNH una vez finalizado el tratamiento oncológico.

Resultados: Se incluyeron 15 pacientes, mujeres, 60 ± 10 años, que presentaron cardiotoxicidad: 5 (33%) ligera y 10 (67%) moderada. El tratamiento oncológico que recibieron fue: 93% trastuzumab, 80% antraciclínicas y 87% radioterapia. Se inicio TNH en todos los casos sin registrarse efectos adversos (BB + IECA = 10; BB = 3, IECA = 2). Se objetivó una mejoría de la FEVI global de $10,8 \pm 4,2\%$, restando dos casos con FEVI al límite bajo de la normalidad. Finalizado el tratamiento oncológico se retiró el TNH en el 40% de los casos sin repercusión posterior en la FEVI.



Evolución por paciente de la FEVI durante el tratamiento cardiotoxíco.

Conclusiones: El inicio del TNH en pacientes con cáncer de mama sometidas a tratamientos cardiotoxícos que desarrollan cardiotoxicidad asintomática ligera o moderada es una estrategia segura y eficaz. La retirada

de este al finalizar el tratamiento oncológico en caso de ausencia de patología basal o tratamiento oncológico indefinido, parece ser una estrategia segura.