

Estudio de caso

Infarto agudo del miocardio durante el tratamiento con cisplatino y etoposido para debut de cáncer germinal avanzado de ovario: Reporte de un caso

Roberto Mondaca Pavie^{1*}, Felipe Leiva Olmos¹, Ricardo Castro Lopez².

1. Residente. Programa de Especialización Medicina Intensiva y Enfermedades Respiratorias del Adulto, Pontificia Universidad Católica, Santiago, Chile. 2. Profesor Asociado. Departamento Medicina Intensiva, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

*Correspondencia: r.mondaca.p89@gmail.com

Introducción: La cardiotoxicidad por QMT con cisplatino y etopósido es rara. **Caso Clínico:** Paciente mujer de 16 años, sana. Consultó por gran masa hipogástrica dolorosa, fiebre y disnea. RNM muestra masa anexial izquierda de 21x22 cm, metástasis supra-infra diafragmáticas, carcinomatosis peritoneal y pleural e hidroureteronefrosis 2ría. Ingresó a UPC deshidratada fc 134/min, T° 36° C, PA 125/69, SaO₂ 96%, CRT 2 seg (Exs en tabla 1). Se instala catéter 2-J ureteral bilateral por oliguria obstructiva y se inicia QMT con cisplatino+etopósido. La paciente progresa con mayor insuficiencia respiratoria, siendo conectada a VMI. AngioCT descarta TEP y mostró derrame pleural con atelectasias. PIA 20 cmH₂O. Se instala pleurostomía y se inicia HDL (-3500 mL). Presenta deterioro hemodinámico asociado a TV no sostenida y a SDST en D2, D3, aVF (troponina 1.200 ng/mL). Coronariografía no muestra lesiones coronarias, pero confirma akinesia inferior, hiperkinesia anterior e hipercontractilidad de segmentos distales (FE 50%). Por probable miocardiopatía por estrés se deja bisoprolol y se instala monitor PiCCO® (GC 3 L/min). Ecografía confirma akinesia inferoseptal media e inferobasal en VI, y VD con disfunción sistólica leve. Evoluciona con síndrome de lisis tumoral (SLT) que requirió manejo agresivo. Se asoció dispositivo de biorreactancia para monitoreo hemodinámico funcional y del agua torácica. FE se deterioró hasta 40% con disfunción VD, pero al resolverse hipocalcemia hubo mejoría de función cardíaca, renal y pulmonar. Se detuvo depleción al determinar función cardíaca en zona de precarga-dependencia (Figura 1), extubándose con éxito. Eco de control mostró FE 57% y akinesia inferoseptal. EKG con ondas Q patológicas en D3 y aVF. Cardiología interpreta cuadro como vasoespasmo coronario en contexto de QMT por tumor ovárico y alteraciones hidroelectrolíticas propias del SLT. Se agrega amlodipino y captopril ante normalización de medio interno y función renal. **Discusión:** Este caso ilustra la importancia de sospechar una complicación isquémica en contexto de QMT, en especial si hay un SLT concomitante. Existió un desafío diagnóstico para diferenciar entre miocardiopatía de estrés y vasoespasmo coronario lo que llevó a tomar decisión de iniciar tratamiento con betabloqueo y posteriormente amlodipino. Además, fue esencial manejar el SLT para pensar en destete precoz, que se logró tras la mejoría de función miocárdica, pulmonar y renal. Por último, destacó el hecho de optimizar la intensidad de depleción de volumen en una paciente con falla cardíaca mediante monitoreo hemodinámico funcional llevando la función ventricular a la zona de precarga dependencia.