



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

212/3647 - Precaución si tu paciente está tratado con Trastuzumab

B. Martínez Sanz^a, N. Guelai^b, A. García-Lago Sierra^c, D.M. Robaina Cabrera^a, E. Rueda Alonso^d, L.E. Ojeda Carmona^e, Á.L. Díaz Alvarado^c, Á.J. Albarracín Contreras^a, F.R. Francisco González^f e I. Galán López^g

^aMédico Residente; ^dMédico de Familia. Centro de Salud Dobra. Torrelavega. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Besaya. Cantabria. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Corrales de Buelna. Cantabria. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; ^fMédico Residente. Centro de Salud Zapatón. Cantabria. ^gMédico Residente. Centro de Salud Saja. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 69 años, HTA de larga evolución, trastorno depresivo y carcinoma ductal infiltrante de mama (Her2+++) tratado mediante tumorectomía, quimioterapia y radioterapia (última sesión hace siete y cinco meses respectivamente) y trastuzumab (una vez cada tres semanas). Se realizan controles ecocardiográficos por protocolo de Oncología, el último hace seis meses presentando fracción de eyección de ventrículo izquierdo (FEVI) conservada. Tratamiento habitual: doxazosina, omeprazol, candesartan, clomipramina. La paciente consulta a su médico de Atención Primaria hace quince días por tos seca sin expectoración, junto con disnea de pequeña actividad e intolerancia al decúbito nocturno. Además febrícula aislada (37,3 °C). Se pauta antibiótico. Acude de nuevo a consulta por empeoramiento importante de la clínica. Tras revisión exhaustiva de su historia clínica y exploración, se deriva a Urgencias.

Exploración y pruebas complementarias: Hemodinámicamente estable. Pléthora yugular. Auscultación pulmonar: sibilancias en ambos campos y crepitantes bibasales. Extremidades inferiores: leves edemas. Analítica (Urgencias): BNP de 760 pg/ml. Radiografía de tórax (Urgencias): líquido en cisuras e imágenes de edema intersticial. Líneas B de Kerley. Ecocardiograma (Urgencias): Disfunción sistólica moderada con FEVI de 35-40%.

Juicio clínico: Posible miocardiopatía tóxica por trastuzumab. Insuficiencia cardiaca congestiva.

Diagnóstico diferencial: Infección respiratoria. Asma bronquial o EPOC.

Comentario final: Se ingresa a la paciente presentando un curso evolutivo favorable tras tratamiento diurético. Se pone en contacto con Oncología quien pone de manifiesto la posibilidad de que trastuzumab sea causante del deterioro de la FEVI, obligando a su interrupción. Según la revisión bibliográfica, trastuzumab está especialmente implicado en deterioro de la FEVI si asociado a antraciclina o ciclofosfamida, o si existe historial de HTA (como el caso de la paciente) y la insuficiencia cardiaca congestiva es una reacción adversa común al tratamiento. Es especialmente importante que los médicos de AP tengan fácil acceso a la historia clínica hospitalaria de sus pacientes para no pasar por alto diagnósticos o tratamientos que resulten importantes para el seguimiento posterior.

Bibliografía

1. EMA: European Medicines Agency. 2013.
2. Mc Cullough PA, Philbin EF, Spertis JA, Sandberg KR, Sullivan RA, Kaetzs S. Opportunities for improvement in the diagnosis and treatment of heart failure. *Clin Cardiol.* 2003;26:231-7.

Palabras clave: Trastuzumb. Insuficiencia cardiaca. Disnea. Toxicidad.