

## 424/1895 - EL SEGUIMIENTO DE LAS REACCIONES ADVERSAS DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

R. del Portillo Pastor<sup>1</sup>, A. Lozano Martínez<sup>2</sup>, A. Cornejo Mazzuchelli<sup>3</sup> y M. Núñez Toste<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pilarica. Valladolid. <sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Isidro Pajarillos. Valladolid. <sup>3</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Circunvalación. Valladolid. <sup>4</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Victoria. Valladolid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 74 años con carcinoma escamoso de pulmón con metástasis óseas, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y dislipemia. En tratamiento quimioterápico con carboplatino y gencitabina. Inicia inmunoterapia con nivolumab y a los dos días comienza con taquicardia y aumento de su disnea habitual hasta hacerse de mínimos esfuerzos. El paciente va a urgencias donde se le diagnostica de fibrilación auricular y se trata con edoxaban 60 mg y bisoprolol 2,5 mg. Al no mejorar el paciente acude al médico de atención primaria. Revisa su historia clínica y este observa que el nivolumab puede producir alteraciones cardíacas, endocrinas, respiratorias, vasculares... Observa el electrocardiograma (ECG) y le retira la anticoagulación. Le pide una analítica, destacando la TSH 0,07 mU/L y T4 libre 3,24 ng/dl. El médico se pone en contacto con la oncóloga del paciente y le pauta metimazol 5 mg, uno al día y le suspende el nivolumab.

**Exploración y pruebas complementarias:** Presión arterial: 128/81 mmHg, frecuencia cardiaca: 103 lpm. Afebril. Sin signos de insuficiencia cardiaca. Auscultación cardiopulmonar: normal. ECG: ritmo sinusal, bloqueo incompleto de rama derecha con frecuentes extrasistolias auriculares y rachas de taquicardia auricular. Radiografía de tórax: sin patología pleuropulmonar aguda. Analítica: no hay signos de infección. TSH 0,07 mU/L (previa 2,41) y T4 libre 3,24 ng/dl (previa 3,24).

**Orientación diagnóstica:** Hipertiroidismo secundario probablemente secundario a nivolumab. Extrasistolia auricular secundaria a hipertiroidismo.

**Diagnóstico diferencial:** Exacerbación de su EPOC, insuficiencia cardiaca, neumonía, neumonitis post tratamiento...

**Comentario final:** En este caso se quiere destacar la importancia del médico de atención primaria en el seguimiento del paciente, en la accesibilidad que tienen los pacientes con el médico de atención primaria y en la importancia de los efectos adversos de las medicaciones. Desde atención primaria debemos de tener en cuenta las interacciones farmacológicas y vigilar las reacciones adversas. En este caso se destaca también la importancia del conocimiento de los electrocardiogramas.

### Bibliografía

1. Jameson JL, Weetman AP. Trastornos de la glándula tiroides. En: Longo DL, Fauci AS, et al, eds. Harrison principios de medicina interna. Vol 2, 18<sup>a</sup> ed. New York: McGraw-Hill; 2012. p. 2911-39.
2. Vélez Rodríguez D. ECG, 2<sup>a</sup> ed. Marbán Libros, 2013.

**Palabras clave:** Nivolumab. Hipertiroidismo. Reacciones adversas.