

## CASO RADIOLOGICO

### Insuficiencia cardiaca secundaria a intoxicación por adriamicina

V. HENALES VILLATE, J. HERVÁS, P. LÓPEZ, A. MAS, A. GRANER, y M. HERRERA

#### MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES

Niña de seis años de edad que acude al Servicio de Urgencias por presentar desde hace 48 horas astenia, anorexia, ligera taquipnea y dolor abdominal.

A la exploración se evidencia: taquipnea, AR: hipoventilación basal bilateral. Abdomen: blando, hepatomegalia de 4 cm. no esplenomegalia.

En los antecedentes personales de la paciente destaca que fue diagnosticada de retinoblastoma de ojo izquierdo a los tres años y tratada con quimioterapia (adriamicina, ciclofosfamida, vincristina, DTIC) y radioterapia local.

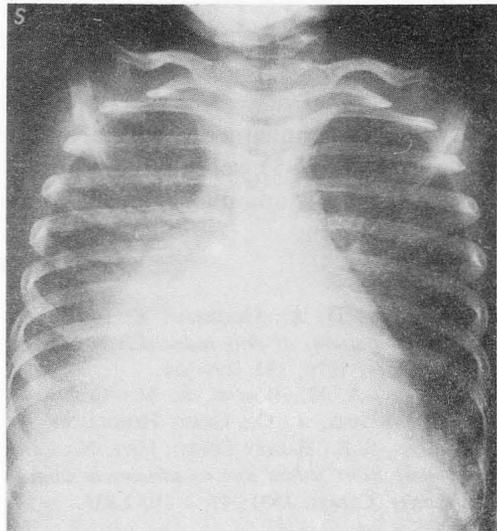
Exploraciones complementarias: Leuc: 7.800/ $\mu$ l (64S; 6C; 18l; 2 m) Hb11,3, Ht35 %, Plaquetas 450.000, Glucosa 1gr/l, Urea 0,30 gr/l, GOT 35, GPT 18. Rx. Tórax: Patrón mixto, alveolar e intersticial, bilateral con derrame pleural bilateral. Cardiomegalia moderada (fig. 1).

DIAGNOSTICO: *Insuficiencia cardiaca secundaria a intoxicación por adriamicina.*

#### COMENTARIOS

La radiografía de tórax de la paciente presenta: Cardiomegalia, infiltrado alveo-

lar difuso y derrame pleural; estos hallazgos son sugerentes de fallo cardiaco y edema pulmonar. Estas manifestaciones radiológicas pueden ser comunes a diversos procesos producidos por etiologías muy dispares tales como: causas cardiacas, procesos renales, neurogénicos, tóxicos, yatrogénicos, alérgicos, enfermedades del colágeno etc.; por lo que la valoración radiológica adecuada debe hacerse en relación



*Radiografía de tórax en la que se aprecia patrón alveolar e intersticial difuso bilateral, derrame pleural bilateral y cardiomegalia moderada*

con los datos referentes a la historia clínica, exploración u otras eventuales pruebas complementarias.

En el presente caso, ha de valorarse, el antecedente de la paciente de haber sido diagnosticada de retinoblastoma del ojo izquierdo a los 3 años de edad y haber recibido tratamiento quimioterápico con ADR, CFM, VCR, DTIC; la dosis total de adriamicina recibida fue de 550 mg/m<sup>2</sup>, habiéndose administrado la última dosis 6 meses antes del proceso actual.

En ausencia de una patología clara que tenga relación con los hallazgos radiológicos descritos, estos antecedentes deben ser considerados en primer lugar como posible etiología del presente cuadro clínico-radiológico.

La lista de drogas que potencialmente pueden ocasionar lesión pulmonar y/o cardíaca es muy amplia (1) y siempre debe ser tenida en cuenta en aquellos pacientes, como el presente caso, sometidos a diversos tratamientos que presentan manifestaciones clínicas y/o radiológicas no relacionadas con una etiología clara.

Los efectos cardiotoxicos de la adriamicina han sido ampliamente documentados en la literatura (1-5); sobre todo la posibilidad de producir una miocardiopatía e in-

suficiencia cardíaca congestiva, tal como ocurrió en el presente caso. La aparición de signos clínico-radiológicos está en relación con la dosis total recibida, aumentando considerablemente la frecuencia cuando se sobrepasan los 500 mg/m<sup>2</sup>. La toxicidad miocárdica puede ser potenciada con la administración simultánea de otras drogas quimioterápicas o en aquellos pacientes sometidos a radiación previa del mediastino, pudiendo aparecer los mismos efectos tóxicos con dosis considerablemente inferiores. Estos efectos tóxicos suelen aparecer varias semanas o meses después de la administración de la última dosis.

Mediante tratamiento médico agudo y agresivo y la supresión del agente tóxico la insuficiencia cardíaca puede resolverse, pero la lesión producida a nivel miocárdico es irreversible.

En el presente caso se apreciaba en la ecografía cardíaca una dilatación ventricular con disminución de su función. A su ingreso se instauró tratamiento con digoxina y diuréticos (furosemida) con progresiva mejoría del cuadro clínico.

En la actualidad, a los 3 meses de seguimiento, precisa aun de tratamiento cardiotónico, evidenciándose mejoría en la fracción de eyección ventricular izquierda.

#### BIBLIOGRAFIA

- MORRISON, D. A.; GOLDMAN, A. L.: *Radio-graphic patterns of drug-induced lung disease*. Radiology, 1979; 131: 299-304.
- GOORIN, A. M.; BOROW, K. M.; GOLDMAN, A.; WILLIAMS, R. G.; GRAIG HENDERSON, I.; SALLAN, S. E.; HARVEY COHEN; JAFFE, N.: *Congestive heart failure due to adriamycin cardiotoxicity*. Cáncer, 1981; 47: 2.810-2.816.
- HELLER, R. M.; SANG, O. H.; KAIZER, H.; MUSIKABHUMMA, A.: *Radiologic recognition of adriamycin cardiotoxicity*. Pediat. Radiol. 1976; 5: 44-46.
- WONG, K. Y.; LAMPKIN, B. C.: *Anthracycline toxicity*. The American Journal of Pediatric Hematology/Oncology, 1983; 5: 93-97.
- MILLER, J. H.: *Imaging in pediatric oncology*. Edit. Williams-Wilkins, 1985; pp. 478-479.

#### Petición de Separatas:

V. HENALES VILLATE  
C/ Joan Ripoll Trobat, 5, 3.º D. Telef. 28 05 46  
07013 PALMA DE MALLORCA