

27 de maio de 2014

<http://justnews.pt/noticias/cardiomiotoxicidade-da-quimioterapia-e-radioterapia-como-monitorizar-e-como-agir>



Cardiomiotoxicidade da quimioterapia e radioterapia – como monitorizar e como agir?

Rui Lima
Assistente hospitalar de Cardiologia, ULSAM, EPE

Rui Lima
Assistente hospitalar de Cardiologia, ULSAM, EPE

O cancro é uma das principais causas de morte não só em Portugal como em todo o mundo. Ao longo dos últimos anos, a terapêutica oncológica, que inclui não só a vertente cirúrgica, mas também a quimioterapia e a radioterapia, tem evoluído drasticamente, de tal forma que melhorou substancialmente o prognóstico dos doentes oncológicos.

No entanto, apesar do benefício clínico inquestionável deste tipo de terapias, elas podem causar efeitos nefastos no sistema cardiovascular. Os problemas cardíacos associados quer à quimioterapia, quer à radioterapia são, a longo prazo, uma das principais causas de morbi/mortalidade, superando as causas relacionadas com a recorrência da própria neoplasia ou mesmo da sua progressão.

Como tal, a cardiotoxicidade associada ao tratamento antineoplásico é, hoje em dia, um problema clínico importante, continuando, no entanto, a ser um tema pouco consensual, onde há poucos estudos, onde há mais dúvidas do que certezas e onde há escassez de orientações/guidelines.

De qualquer maneira, tudo deve começar, para qualquer doente oncológico elegível para tratamento, por uma avaliação da suscetibilidade individual, de forma a identificar os doentes mais vulneráveis e usar um tratamento personalizado. A identificação de subgrupos de risco (jovens, idosos, uso de antraciclina; dose cumulativa; combinação de fármacos; irradiação mediastínica; fatores de risco cardiovascular e/ou doenças cardiovasculares prévias) e a sua incorporação nos sistemas de monitorização é fortemente recomendada.

Quando passamos ao diagnóstico e à monitorização da cardiotoxicidade, vários problemas se levantam:

- A definição de cardiotoxicidade incide unicamente sobre a ocorrência de cardiomiopatia, com disfunção sistólica ventricular esquerda associada, deixando de fora outras manifestações não menos importantes e que podem comprometer, por si só, a função cardiovascular (isquemia miocárdica, arritmias, hipertensão arterial sistémica, fenómenos tromboembólicos, disfunção valvular e doenças do pericárdio).
- A manifestação clínica é na maioria dos casos tardia, por vezes, décadas após a conclusão do tratamento, dificultando assim o seu diagnóstico e monitorização.
- Por último, a inexistência de uma descrição padronizada de cardiotoxicidade, que é essencial não só para fins investigacionais, mas também para fins assistenciais.

O único aspeto comum às várias definições de cardiotoxicidade prende-se com a obrigatoriedade de usar a fração de ejeção (FE) como índice para monitorização da função cardíaca durante o tratamento oncológico. Existem vários métodos para quantificar a FE, tendo a ecocardiografia transtorácica um importante papel, quer pela sua disponibilidade, quer pela sua inocuidade. São, no entanto, reconhecidas as suas limitações, no que se

refere à dependência da qualidade de imagem, bem como à variabilidade inter e intraobservador. Na tentativa de diminuir estes fatores, o uso de contraste e, em particular, o recurso à ecocardiografia tridimensional tem aumentado a sua acuidade diagnóstica.

O cálculo da FE é um método simples e, como tal, amplamente utilizado na oncologia. Mas o uso exclusivo deste método apresenta uma baixa sensibilidade, uma vez que o valor obtido pode estar dentro dos limites da normalidade, mesmo na presença de disfunção miocárdica. Por outro lado, o declínio da FE representa já uma fase tardia da cardiotoxicidade, correspondendo, por vezes, a lesões irreversíveis. E, por último, as alterações na FE não são preditoras do desenvolvimento de insuficiência cardíaca.

Assim, na tentativa de detetar lesões cardíacas subclínicas e antecipar o desenvolvimento de disfunção ventricular esquerda, outros índices têm vindo a ganhar terreno. Em termos imagiológicos, e ainda dentro da ecocardiografia, de salientar os vários estudos referentes à metodologia de speckle tracking (2D strain), que mostraram que o strain longitudinal global é uma boa alternativa à FE e que a sua diminuição, quer em termos absolutos, quer em termos relativos, com estabelecimento de cut-offs, tem um elevado valor preditivo no desenvolvimento de cardiotoxicidade clínica. Em termos bioquímicos, vários estudos levados a cabo por Cardinale et al mostraram que o doseamento seriado de troponinas durante o tratamento antineoplásico tem também um elevado valor preditivo no desenvolvimento de disfunção ventricular esquerda.

Estudos recentes mostraram inclusive que, perante alterações destes novos índices de lesão miocárdica subclínica, a instituição de terapêutica dirigida, como, por exemplo, inibidores da enzima de conversão da angiotensina, permitiu evitar o desenvolvimento de cardiotoxicidade clínica.

Como conclusão, diria que ainda há um longo caminho a percorrer nesta área, assumindo-se como indispensável o estabelecimento de uma parceria dinâmica entre a Oncologia e a Cardiologia, de forma a reduzir o risco de mortalidade e melhorar a qualidade de vida destes doentes, sem interferir, se possível, no tratamento específico antineoplásico.