



CARTAS AL DIRECTOR

Tratamiento con poliquimio-radioterapia (ciclofosfamida, vincristina, VP-16) en cardiopatas portadores de carcinoma

Sr. Director: El objeto de la presente carta es comunicar los resultados obtenidos con el tratamiento poliquimio-radioterápico en 10 pacientes cardiopatas con el diagnóstico histológico de carcinoma broncogénico tipo microcítico (CPCP), excluyéndose en el protocolo una cuarta droga habitualmente usada, la adriamicina (ADM). El 40 % presentaba alteraciones del ritmo, otro 40 % cardiopatía isquémica y un 20 % miocardiopatía.

Los motivos que nos llevaron a la exclusión de esta droga son los efectos tóxicos, constatados ampliamente en la literatura y que son, fundamentalmente: las arritmias agudas, presentes en un 5-10 % de los pacientes y que inicialmente son transitorias, y la miocardiopatía, que está en relación con la dosis total acumulada y cuyos cambios anatomopatológicos la hacen indistinguible de la idiopática o nutricional¹⁻⁴. La patogenesis de la cardiotoxicidad hasta el momento, parece desconocida, invocándose mecanismos como la interposición en la cadena de DNA, la necrosis celular mediada por niveles de Cu^+ o la inhibición específica de la bomba Na-K AtPasa^{5,6}.

La edad media de los pacientes tratados era de 66 años (62-75 años) y su Karnofsky del 70 %. Todos eran varones, correspondiendo 6 de ellos al grupo de enfermedad localizada (EL) y cuatro al de enfermedad extensa (EE).

El tratamiento se iniciaba el día 1 con ciclofosfamida (CTX) $-1.000 \text{ mg/m}^2/\text{ev}-$, vincristina (VCR) $-1,4 \text{ mg/m}^2/\text{ev}-$ y VP-16 $-100 \text{ mg/m}^2/\text{ev}-$ los días 14 a 18. El ciclo se repetía cada cuatro semanas y la vincristina semanalmente durante 4 a 6 semanas y posteriormente se ajustaba según el grado de neurotoxicidad.

Después de seis ciclos en pacientes en EL, si la remisión clínica era confirmada histológicamente, se administraba radioterapia sobre primario, mediastino y fosas supraclaviculares a dosis de 2.500 rads en dos semanas y media y tras dos semanas de descanso 1.500 rads en semana y media. Estos pacientes recibían, asimismo, IPC, 3.000 rads en tres semanas.

En los pacientes con EE se utilizaba el mismo esquema terapéutico, y en aquellos que obtenían respuesta completa se administraba IPC, a las dosis antes mencionadas, continuándose el tratamiento citostático hasta los 18 meses o la progresión.

En pacientes con remisión parcial, tanto del grupo con EL como de EE, se continuaba tratamiento hasta los 18 meses o hasta la progresión.

En los pacientes con EL se obtuvieron dos respuestas completas (33 %) con una supervivencia media de 41 semanas y tres respuestas parciales (50 %) con una supervivencia de 29 semanas.

En los portadores de EE se obtuvieron dos remisiones parciales (50 %), con una supervivencia de 30 semanas, presentando el resto de los pacientes progresión tumoral. No hubo largos supervivientes en ninguno de los dos grupos.

En conclusión: *a)* la supervivencia media en nuestro protocolo es mayor de la esperada para pacientes con CPCP no tratado; *b)* ningún paciente falleció a consecuencia de su enfermedad cardiológica, bien por su afectación primaria o por complicaciones derivadas del tratamiento; *c)* creemos que el presente tema debe ser objeto de nuevos estudios, valorándose la introducción de una cuarta droga en el tratamiento de estos pacientes, en orden a aumentar el número de respuestas completas y la supervivencia media.

J. Terán Santos, L. Borderías Clau, A. Aguero Balbín, F. Zurbano Goñi, J. Durán Cantolla, J. Barrio Soto y A. Jiménez Gómez

BIBLIOGRAFIA

1. Blum RH, Carter SK. A new anticancer drug with significant clinical activity. *Ann Intern Med* 1974; 80:249-259.
2. Henderson IC, Frei E. Adriamycin cardiotoxicity. *Am Heart J* 1980; 99:671-674.
3. Von Hoff DD, Layard M, Basa P et al. Risk factors for doxorubicin — induced congestive heart failure. *Ann Intern Med* 1979; 91:710.
4. Briston MR, Mason JW, Billingham ME, Daniels JR. Doxorubicin cardiomyopathy: evaluation by phonocardiography, endomyocardial biopsy and cardiac catheterization. *Ann Intern Med* 1978; 88:169.
5. Byfield JE. Adriamycin cardiac toxicity: a different hypothesis. *Cancer Treat Rep* 1977; 61:497.
6. Lampidis J, Craig HI, Mervyn I, Canellos GP. Structural and functional effects of adriamycin on cardiac cells in vitro. *Cancer Res* 1980; 40:3901.

Tumor carcinoide bronquial en un adolescente

Sr. Director: Los tumores carcinoide bronquiales suponen del 1 al 5 % de todos los tumores primarios broncopulmonares del adulto¹, apareciendo con similar proporción en hombres que en mujeres. Hasta hace poco tiempo clasificados como adenomas bronquiales, pertenecen al grupo de tumores neuroendocrinos (los así llamados «amine precursor uptake decarboxylase» o grupo de tumores APUD)