

AMAUROSIS TRANSITORIA POR QUIMIOTERAPIA EN PACIENTE CON ADENOCARCIONOMA DE CIEGO METASTÁSICO



Pilar Pacheco López, Javier Ibañez Caturla
Dr. Jose Carlos Titos Arcos
Hospital Morales Meseguer. Murcia

ANTECEDENTES

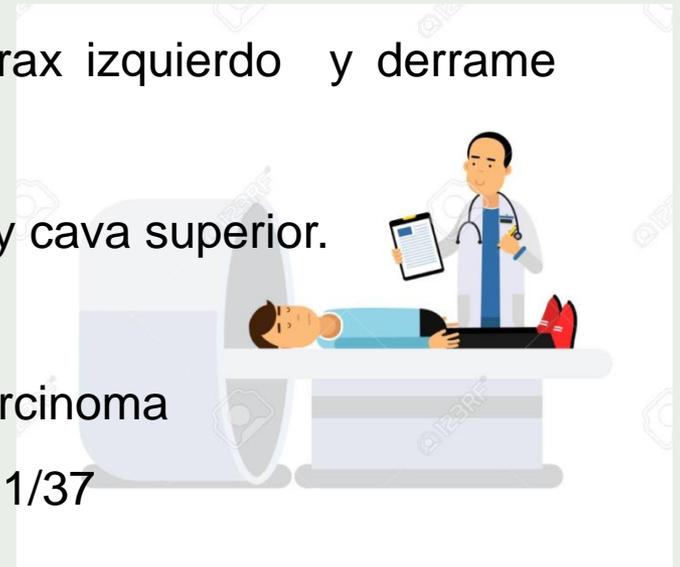


- Mujer de 57 años
- No alergias medicamentosas ni hábitos tóxicos.
- Colectomía hace 20 años.
- No tratamiento crónico.
- Vida activa e independiente.
- Historia oncológica: Adenocarcinoma de ciego estadio IV (lesiones peritoneales y ováricas) de reciente diagnóstico.

Reducción quirúrgica del tumor primario y citorreducción de las metástasis peritoneales.

PRUEBAS DE VALORACIÓN OBJETIVA Y SUBJETIVA EN REACCIÓN CON LA FARMACOTERAPIA

- **TAC** (abril 19) → Neoplasia de ciego T3-T4NxMx (probables implantes y dudosas metástasis óseas).
- **PET PAC** (mayo 19) → Malignidad a nivel de ciego, mesocolon y probablemente peritoneo. No se evidenció enfermedad ósea.
- **TAC postquirúrgico** (junio 19) → Neumotórax izquierdo y derrame pleural bilateral. Hematoma intraabdominal.
Probable trombosis parcial en venas subclavia y cava superior.
Probable íleo postquirúrgico
- **Biopsias** → Confirman infiltración por adenocarcinoma que se extiende por todo el organismo. M0 en 11/37



Exploración física previo inicio de quimioterapia



- Consciente y orientada. Buen estado general. Eupneica. ACP sin alteraciones.
- Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación. No se palpan masas ni organomegalias. No signos de irritación peritoneal.
- No datos de recaída tumoral. No edemas MMII. Buena coloración piel y mucosas. **ECOG: 1, EVA: 1.**

Antropometría:

Peso: 55.5 kg.

Talla: 1.53 cm.

SC: 1.52 m.

IMC: 23,7 kg/m²



HISTORIA FARMACOTERAPÉUTICA Y MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS



	Al diagnóstico	Post-Cirugía	1º ciclo QT	2º ciclo QT	3º ciclo QT
Estado funcional	ECOG: 0 EVA: 0	ECOG: 1 EVA: 1	ECOG: 0 EVA: 0	ECOG: 0 EVA: 0	ECOG: 0 EVA: 0
Tratamiento oncológico recibido	-	Mitomicina C	FOLFOX	5-FU	5-FU + G-CSF
Evolución/ incidencias			Amaurosis transitoria	Neutropenia	Buena tolerancia
Intervención		Iniciará FOLFOX	FOLFOX → 5-FU	Se añade G-CSF	

Medidas no farmacológicas



- Resección del tumor primario

Cirugía radical R0 →
histerectomía doble anexectomía.

- HIPEC

MITOMICINA C.

- Hemicolectomía derecha

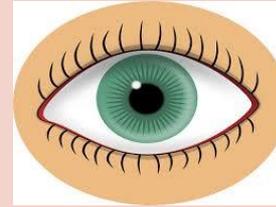
- Transfusiones de hematíes y
concentrados de plaquetas.



DIAGNÓSTICO PRINCIPAL Y SECUNDARIOS



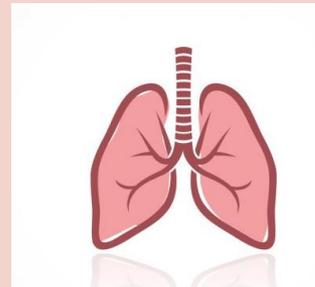
- Amaurosis reversible debida a oxaliplatino.



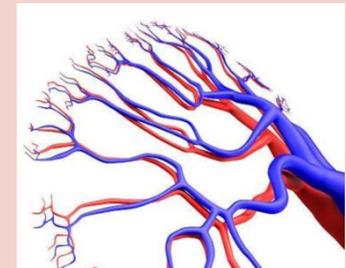
- Íleo postquirúrgico.



- Derrame pleural bilateral



- Trombosis parcial subclavia y cava superior.



EVOLUCIÓN CLÍNICA



- Mayo 2019 → Cirugía radical tumor primario + HIPEC (Mitomicina C durante 60 min a 43°C (HIPEC) por carcinomatosis peritoneal.
- Junio 2019 → Inicia quimioterapia FOLFOX +/- bevacizumab si no wild type.
- 3 días después del 1º ciclo → Molestias OD → Amaurosis. El examen oftalmológico no revela anomalías en la vía óptica.
- Etiología de la pérdida de visión no ocular → ¿ Toxicidad secundaria a quimioterapia ?
- Se confirma la toxicidad ocular por oxaliplatino → Retirada del fármaco en próximos ciclos → Cambio esquema terapéutico → 5 – FU
- 2º- 4º ciclo → Buena tolerancia en general.
- Otras incidencias:

Trombosis parcial subclavia y cava superior → Anticoagulación con bemiparina durante 3 meses y control.

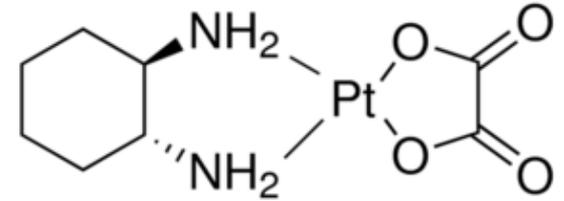
Nódulo occipital biopsiado por Dermatología (no maligno)

Evolución analítica durante el tratamiento oncológico



	Pre-QT	Tras 1º ciclo QT	Tras 2º ciclo QT
Creatinina (0,6-1,3 mg/dL)	0,62 mg/dL	0,47 mg/dL	0,55 mg/dL
Hemoglobina (11,7-16,1 mg/dL)	8,8 mg/dL	11,5 mg/dL	12,3 mg/dL
Hematocrito (33-46 %)	27,3%	34,1 %	36,3 %
Neutrófilos (2-8 x 10 ³ /uL)	3,6 x 10 ³ /uL	2,5 x 10 ³ /uL	1,3 x 10 ³ /uL
Monocitos (0,2-0,9 x 10 ³ /uL)	0,5 x 10 ³ /uL	0,6 x 10 ³ /uL	0,6 x 10 ³ /uL
Plaquetas (135-400 x 10 ³ /uL)	571 x 10 ³ /uL	270 x 10 ³ /uL	212,9 x 10 ³ /uL
Enzimas hepáticas	Elevación significativa GAMMA GT: 272 U/L (1-38), resto normal	Elevación significativa GAMMA GT: 133 U/L (1-38), resto normal	Elevación significativa GAMMA GT: 114 U/L (1-38), resto normal
Marcadores tumorales (Ca 19,9 y CEA)	Normales	Sin datos	Normales

DISCUSIÓN

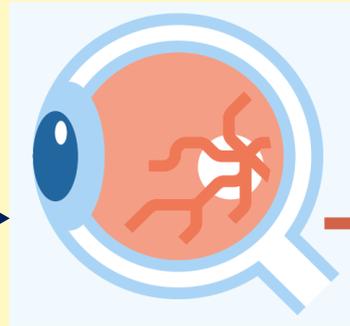


OXALIPLATINO



Escasa toxicidad ocular documentada
Autorización FDA → dolor ocular
Neurotoxicidad ampliamente descrita

Lugar protegido



**Toxicidad por
quimioterapia
poco frecuente**



La toxicidad ocular debida a oxaliplatino es muy poco frecuente y reversible en la mayoría de los casos, pero debido a la gravedad y variedad de las alteraciones visuales, y a la posibilidad de que no fueran **reversibles** **justifica la suspensión del fármaco** del esquema de tratamiento en los casos descritos.

AMAUROSIS TRANSITORIA O FUGAZ

- Las causas de amaurosis son extensas e incluyen tanto fenómenos embólicos como etiologías trombóticas.
- Identificar precozmente la causa es crítico para un buen pronóstico.
- Datos abundantes sobre amaurosis y retinotoxicidad por cisplatino. Poco en referencia a oxaliplatino.
- Toxicidad descrita de oxaliplatino: Neurotoxicidad, hematológica, alt. gastrointestinales y algunos casos de toxicidad ocular en general.

TOXICIDAD OCULAR POR OXALIPLATINO

- Estudio retrospectivo 55 pacientes⁽⁸⁾ → 18,2% → problemas visuales (blefaroptosis, defectos del campo visual, disminución de la agudeza ...) → Leves y tempranos (tras la primera o segunda sesión).
- Serie de casos (Clinical Journal of Oncology Nursing) → un caso de toxicidad ocular por oxaliplatino → comenzó como pérdida de visión periférica y progresó a visión central, dos casos de visión de túnel y otro caso de pérdida visual bilateral completa ⁽⁹⁾.
- Estudio con 67 pacientes → visión borrosa temporal (13%), cortes en el campo visual (13%), ptosis (13%) y dolor ocular (20%) entre los 25 pacientes con cambios visuales inducidos por oxaliplatino ⁽¹⁰⁾.
- Se desconoce el mecanismo exacto por el que los compuesto de platino pueden inducir pérdidas reversibles en la visión, por lo que cualquier anomalía en la función visual debe abordarse de inmediato, remitiendo al paciente a un oftalmólogo.

RESUMEN DE LA CONTRIBUCIÓN DEL FARMACÉUTICO DE HOSPITAL AL CASO



- Validación farmacéutica del tratamiento oncológico.
- Seguimiento de las complicaciones surgidas.
- Búsqueda bibliográfica sobre la toxicidad presentada para decidir, en consenso con S. Oncología, suspender oxaliplatino.
- Notificación de la reacción adversa
al Centro de Farmacovigilancia de la Región de Murcia.
- Modificación del esquema de quimioterapia
en función de los resultados de los test genéticos.



©DESIGNALIKIE



Sistema Español de Farmacovigilancia



Durante el seguimiento de este caso clínico se ha respetado el artículo 10 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, reconoce el deber de mantener el secreto profesional respecto a la información a la que acceda en el desarrollo de su actividad asistencial, comprometiéndose a prestar el máximo cuidado y confidencialidad en el manejo y custodia de cualquier información/documentación durante su periodo formativo y una vez concluido el mismo.

BIBLIOGRAFÍA



1. Al-Tweigeri T, Nabholtz JM, Mackey JR. Ocular toxicity and cancer chemotherapy. A review. *Cancer* 1996; 78(7): 1359-73
2. Simpson D, Dunn C, Curran M, Goa KL. Oxaliplatin, a review of its use in combination therapy for advanced metastatic colorectal cancer. *Drugs* 2003; 63: 2127–2156.
3. Pula JH, Kwan K, Yuen CA, Kattah JC. Update on the evaluation of transient vision loss. *Clin Ophthalmol* 2016; 10: 297-303
4. Hilliard LM, Berkow RL, Watterson J, Ballard EA, Balzer GK, Moertel CL. Retinal toxicity associated with cisplatin and etoposide in pediatric patients. *Med Pediatr Oncol* 1997; 28(4): 310-3.
5. Park SB, Lin CS, Krishnan AV, Goldstein D, Friedlander ML, Kiernan MC. Oxaliplatin-induced neurotoxicity: changes in axonal excitability precede development of neuropathy. *Brain* 2009; 132: 2712–2723.
6. Rubbia-Brandt L, Audard V, Sartoretti P, Roth AD, Brezault C, Le Charpentier M et al. Severe hepatic sinusoidal obstruction associated with oxaliplatin-based chemotherapy in patients with metastatic colorectal cancer. *Ann Oncol.* 2004, 15: 460-6.
7. Wilkes GM. Therapeutic options in the management of colon cancer: 2005 update. *Clin J Oncol Nurs.* 2005, 9: 31-44.
8. Noguchi Y, Kawashima Y, Kawara H, Tokuyama Y, Tamura Y, Uchiyama K et al. A retrospective analysis of eye disorders due to oxaliplatin. *Gan To Kagaku Ryoho.* 2015, 42: 1401-5.
9. O'dea D, Handy CM, Wexler A. Ocular changes with oxaliplatin. *Clin J Oncol Nurs.* 2006, 10: 227-9.
10. Leonard G, Wright M, Quinn M, Fioravanti S, Harold N, Schuler B et al. Survey of oxaliplatin-associated neurotoxicity with an interview-based questionnaire: 3018. *Onkologie.* 2003; 26:45.

¡ GRACIAS !

