



confrontaciones



Toma de decisiones en un paciente con pericarditis asociada a clozapina y cáncer avanzado

Gabriela Picco¹, Rocío Ríos Cabrera², Isabel Erquiaga³, Wilfredo Bendezú Romero⁴

1. Médico internista - paliativista. Unidad de Cuidados Paliativos, Hospital San Juan de Dios, Pamplona, Navarra, España.

2. Médico de familia - paliativista. Equipo soporte domiciliario, HSJDios, Pamplona.

3. Médica oncóloga - paliativista. Unidad de Cuidados Paliativos. HSJDios, Pamplona.

4. Médico psiquiatra. Centro Salud Mental, Burlada, Pamplona.

Autor correspondiente: Gabriela Picco, E-mail: gabpicco@hotmail.com

La esquizofrenia resistente al tratamiento se presenta en aproximadamente un 30% de las personas con esta enfermedad. Ante esta resistencia, la clozapina continúa siendo el *gold standard* del tratamiento, pero a veces es dificultosa su utilización por efectos adversos o contraindicaciones. El psiquiatra debe cumplir un rol activo en el cuidado del paciente con un completo monitoreo y, si está en tratamiento con clozapina, pensar en los efectos secundarios cardíacos, sobre todo en presencia de disnea u otros síntomas de origen cardíaco (1, 2, 3).

Los casos de pericarditis secundarios a clozapina pueden ser malinterpretados como somatizaciones, lo que conlleva un retraso en el diagnóstico con consecuencias graves (2, 3). Pese a que en la mayoría de los pocos casos publicados, la pericarditis aparece en estadios iniciales del tratamiento, describimos un caso cuya particularidad es que se manifestó 4 años después de iniciada la clozapina. Fue definida como el agente causal de acuerdo con la escala de probabilidad de Naranjo (puntuación > a 9) que evalúa efectos adversos a fármacos (4).

Comentamos el caso de un varón de 58 años con esquizofrenia refractaria e intentos de suicidio repetidos diagnosticado de cáncer gástrico con metástasis pulmonares y renales. Ingresó en Cuidados Paliativos para control sintomático. Recibía clozapina desde el año 2014 en dosis variables entre 50 y 200 mg asociado a benzodiazepinas y venlafaxina con aceptable control. Durante el ingreso, empeoró con alucinaciones visuales y auditivas y mayor depresión, por lo que su psiquiatra aumentó la clozapina a 300 mg/24 horas. A los 14 días de dicho aumento, presentó taquicardia, disnea, dolor torácico a la inspiración y febrícula. EKG: taquicardia sinusal y supradesnivel del ST V1-V4. Analítica: Troponina I alta sensibilidad: <1.5 ng/L. Rango: 0.00-25.00, CK MB: 0.86 ng/mL. Rango: 0.00-5.00, Proteína C Reactiva: 394.26 mg/L. Procalcitonina: normal. NT pro-BNP: normal. Ecocardiograma: leve derrame pericárdico.

La actitud médica a seguir sugerida en la bibliografía es suspender la clozapina e iniciar AINES y/o colchicina dada la posibilidad de que la pericarditis se complique

con taponamiento cardíaco. Los corticoides son un tratamiento controvertido (5, 6). A la hora de decidir suspenderla, existía el importante riesgo de que su esquizofrenia empeorara y por ello fue un dilema. El paciente no era capaz de deliberar sobre riesgos ni beneficios y tanto él como su familia delegaron la decisión en el equipo sanitario, aduciendo que confiaban en que se tomaría la actitud correcta. Fue difícil priorizar y de manera multidisciplinaria se decidió que el bienestar mental del enfermo era lo primero, teniendo en cuenta que por su enfermedad oncológica estaba en situación de final de vida.

Se continuó con clozapina y se agregó prednisona 40 mg/día. Se realizó vigilancia clínica y ecocardiográfica. La clozapina le ofrecía estabilidad psiquiátrica y la pericarditis fue cediendo con tratamiento corticoide, no aumentó el derrame pericárdico en el ecocardiograma y

después de 7 días mejoró la clínica y el EKG, por lo cual continuó con este fármaco hasta el final de vida, falleciendo el enfermo por complicaciones de su cáncer.

En este caso de difícil toma de decisiones, se priorizaron los beneficios del fármaco en pro de la salud mental del paciente, valorando la pobre expectativa de vida provocada por su enfermedad oncológica. Otro caso de pericarditis por clozapina que generó un debate ético fue publicado recientemente por Johal et al. en *BMJ* (7), en el que por razones similares también se decidió continuar con clozapina pese a todo.

Henry Marsh describe el complejo cálculo que conlleva la toma de decisiones, siempre sopesando la posibilidad de tratar a los pacientes frente al peligro de agravar su situación; poniendo a un lado de la balanza el conocimiento y la experiencia y, al otro, los riesgos (8). ■

Referencias bibliográficas

1. Alba P. Esquizofrenia resistente: neutropenia con olanzapina y clozapina, y estabilización con dos antipsicóticos de depósito. *VERTEX Rev. Arg. de Psiquiat.* 2017, Vol. XXVIII: 141-144.
2. Markovic J, Momcilov-Popin T, Mitrovic D, Ivanovic-Kovacevic S, Sekuli S, Stojic-Milosavljevic A. Clozapine-induced pericarditis. *Afr J Psychiatry (Johannesbg)* 2011;14: 236-238.
3. Bhatti MA, Zander J, Reeve E. Clozapine-induced pericarditis, pericardial tamponade, polyserositis, and rash. *J Clin Psychiatry* 2005; 66:1490-1.
4. Naranjo CA, Busto U, Sellers EM, Sandor P, Ruiz I, Roberts EA, et al. A method for estimating the probability of adverse drug reactions. *Clin Pharmacol Ther* 1981;30:239-245.
5. Mouaffak F, Gaillard R, Burgess E, et al. Clozapine-induced serositis: review of its clinical features, pathophysiology and management strategies. *Clin Neuropharmacol* 2009;32:219-23.
6. Wehmeier PM, Heiser P, Remschmidt H. Myocarditis, pericarditis and cardiomyopathy in patients treated with clozapine. *J Clin Pharm Ther* 2005;30:91-6.
7. Johal HK, Barrera A. Clozapine-induced pericarditis: an ethical dilemma. *BMJ CaseRep* 2019;12:e229872. doi:10.1136/bcr-2019-229872
8. Marsh H. Ante todo no hagas daño. Narrativa Salamandra, Barcelona (2016).