Rev Clin Esp. 2025;225(Supl 1):S17

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

1935 - EVALUACIÓN DEL PERFIL CLÍNICO DE PACIENTES CON DÍMERO D PERSISTENTEMENTE ELEVADO TRAS LA SUSPENSIÓN DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE DESPUÉS DE UN EVENTO TROMBOEMBÓLICO VENOSO

Rocío Jiménez Moreno[1], *María Cárceles Lorente*[1], *María José Sánchez Miñano*[1], *Gabriel Puche Palao*[2], *María José Serna Muñoz*[3], *María Eugenia de la Morena Barrio*[3,4], *Javier Corral de la Calle*[3,4] *y Javier Pagán Escribano*[1]

[1]*Medicina Interna, Hospital General Universitario José María Morales Meseguer, Murcia, España.*[2]*Medicina Interna, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España.*[3]*Hematología, Hospital General Universitario José María Morales Meseguer, Murcia, España.* [4]*Centro Regional de Hemodonación de la Región de Murcia, Murcia, España.*

Resumen

Objetivos: Describir y comparar características clínicas y analíticas de pacientes con dímero D (DD) persistentemente elevado (DD-PE) con un grupo de pacientes con DD normalizado (DD-N) tras suspender el tratamiento anticoagulante. Describir la incidencia de recurrencia tromboembólica venosa y otros eventos clínicos durante el seguimiento.

Métodos: Estudio descriptivo sobre una cohorte prospectiva de pacientes con DD-PE tras suspender anticoagulación tras un evento trombótico venoso, en seguimiento en una Unidad Avanzada de ETE. Se definió DD-PE como DD ? 500 ng/ml en ? 2 controles tras la suspensión del tratamiento anticoagulante. Se analizó el tipo de anticoagulación en la fase aguda, primeros 7-14 días de tratamiento, y en fase a largo plazo, hasta los 3 meses aproximadamente. Se seleccionó un grupo control apareado con características clínicas similares. Se analizaron variables demográficas, clínica y analíticos. Se emplearon estadísticos descriptivos, ? ^{2} o t Student según procediera.

Resultados: Se incluyeron 34 pacientes. Un 63% eran mujeres. En la tabla 1 se recogen las principales características de ambas cohortes. La cohorte de casos con DD-PE eran 16 pacientes, con una mediana de edad 75,5 años (RIC 23), y los pacientes con DD-N incluidos fueron 18, con una mediana de edad 65 años (RIC 15,5) ($p > 0,05$). En el momento diagnóstico el DD fue más elevado en el grupo de DD-PE ($p = 0,054$). También se observó una mayor prevalencia de obesidad (31,3 vs. 11,1%; $p = 0,20$) y de diabetes mellitus (43,8 vs. 27,8%; $p = 0,48$), en la cohorte con DD-PE. Los pacientes con DD-N recibieron ACOD con mayor frecuencia durante la fase a largo plazo que los pacientes con DD-PE (88,9 vs. 50%; $p = 0,023$). La mediana de tiempo con tratamiento anticoagulante fue similar en ambos grupos (DD-PE 3,4 meses (2,7) vs. DD-N 3,4 meses (0,4)). Durante el seguimiento no se registraron recurrencias trombóticas en ninguno de los grupos ni eventos hemorrágicos relevantes.

Variable	Dímero D elevado (n = 16)	Dímero D normalizado (n = 18)	p

n (%)	n (%)		
Sexo (mujeres)	13 (81,2)	12 (66,7)	0,448
Edad (mediana, RIC)	75,5 (23)	65 (15,5)	0,189
? 1 FRCV	14 (87,5)	15 (83,3%)	1,000
IMC (media ± DE)	27,9 ± 3,8	25,8 ± 3,4	0,153
Factores de riesgo cardiovascular			
HTA	8 (50)	8 (44,4)	1,000
DM	7 (43,8)	5 (27,8)	0,475
DLP	8 (50,0)	8 (44,4)	1,000
Obesidad	5 (33,3)	2 (11,1)	0,203
Tabaquismo	1 (6,2)	2 (11,1)	1,000
Exfumador	1 (6,7)	5 (27,8)	0,186
Factores de riesgo de ETEV			
Insuficiencia venosa crónica	6 (37,5)	6 (33,3)	1,000
Varices	6 (37,5)	6 (33,3)	1,000
Traumatismo	3 (18,8)	4 (22,2)	1,000
Inmovilización	6 (37,5)	11 (61,1)	0,303
Viaje prolongado	0	0	1,000
antecedente quirúrgico	2 (12,5)	5 (27,8)	0,405

0014-2565 / © 2025, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.

Embarazo	1 (7,7)	0	1,000
Puerperio	0	1 (8,3)	0,480
Cáncer activo	0	1 (5,6)	1,000
Anticonceptivos orales	0	1 (8,3)	0,462
Antecedentes ETEV	2 (12,5)	3 (16,7)	1,000
? 1 factor riesgo TEV	7 (43,8)	14 (77,8)	0,076
Tipo de evento trombótico			
Trombosis venosa profunda	14 (87,5)	16 (94,1)	1,000
Embolia de pulmón	4 (25)	1 (5,9)	0,164
Variables analíticas al diagnóstico del evento trombótico			
Creatinina (mg/dl)	1,1 ± 0,6	0,9 ± 0,5	0,124
Filtrado glomerular (ml/min)	69,3 ± 34,2	58,0 ± 37,2	0,700
Proteína C reactiva (mg/dl)	7,6 ± 8,3	11,3 ± 9,8	0,286
Homocisteína (mmol/l)	14,8 ± 4,8	20,8 ± 11,0	0,313
Hemoglobina (g/dl)	12,6 ± 1,7	13,2 ± 1,8	0,520
Plaquetas (10^3 U/L)	229 ± 85,9	232 ± 87,9	0,982
Leucocitos (10^3 U/L)	8,6 ± 2,5	8,3 ± 1,5	0,927
Dímero D (ng/ml)	9.623,9 ± 12.058,4	4.193,7 ± 5.251,2	0,054
Estudio neoplasia oculta	12 (75)	10 (55,6)	0,297

0014-2565 / © 2025, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.

Diagnóstico de cáncer	0	0	–
Tipo de tratamiento anticoagulante			
Fase aguda (HBPM)	14 (87,5)	18 (100)	0,214
Fase largo plazo (ACOD)	8 (50)	16 (88,9)	0,023
Duración anticoagulación (meses) (mediana (rango))	3,4 (2,7)	3,4 (0,4)	0,82
Tiempo seguimiento (meses) (mediana (rango))	22,6 (14,5)	15,6 (10)	0,14

Conclusiones: La persistencia de DD tras suspender la anticoagulación se asocia clásicamente a mayor riesgo de recurrencia tromboembólica venosa. Sin embargo, en nuestra cohorte, los pacientes con DD persistentemente elevado no presentaron nuevos eventos trombóticos durante el seguimiento. Una mayor edad y mayor prevalencia de obesidad y diabetes mellitus observada en este grupo podría reflejar un estado inflamatorio y procoagulante subyacente, contribuyendo a la elevación mantenida del DD sin expresión clínica a medio plazo, lo que sugiere un posible “fenotipo de hipercoagulabilidad silente”. Aunque este patrón comienza a describirse, su relevancia clínica aún no está establecida. Además, los pacientes con un DD normalizado recibieron ACOD con mayor frecuencia, a diferencia de lo referido en la literatura, donde los tratados con ACOD presentaron mayor positividad de DD tras suspender la anticoagulación. En conjunto, estos hallazgos contribuyen a la discusión actual sobre la necesidad de individualizar la duración de la anticoagulación, e invitan a considerar la incorporación de biomarcadores funcionales adicionales para una mejor estratificación del riesgo de recurrencia a largo plazo en pacientes con ETEV aparentemente estables.

0014-2565 / © 2025, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.