



Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

T-31. - ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA Y CÁNCER

E. Fernández Bouza, C. Mella Pérez, D. García Alén, T. Dalama, B. Vázquez Vázquez, I. Gómez Buena, C. Lijó Carballada, R. Sardina Ferreiro

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Prof. Novoa Santos. Ferrol A Coruña.

Resumen

Objetivos: La asociación de enfermedad tromboembólica venosa (ETV) y cáncer es bien conocida. Analizar las condiciones de estos pacientes puede contribuir a un mejor manejo. Estudiaremos las características epidemiológicas y clínicas de pacientes con esta patología atendidos en una consulta monográfica de ETV.

Métodos: Revisión retrospectiva de las historias clínicas de los pacientes con ETV y cáncer atendidos entre julio-2012 y mayo-2014. Se usó para el análisis el paquete estadístico SPSS versión 21.

Resultados: Se analizaron 56 pacientes, 33 (59%) varones, con edad media 65,9 años (rango 35-83, desviación estándar 10,8). En 52 (92%) fue un primer episodio de ETV y en 4 una recidiva. Sufrieron trombosis venosa (TV) 29 (51,7%), embolia pulmonar (EP) 25 (44,6%) y 2 (3,5%) ambas. La TV fue femoral en 12 (38%), subclavia 4 (12,9%), poplítea 4 (12,9%), cava 3 (9,6%), ilíaca 2 (6,4%), asociada a catéter 2 (6,4%), otras 4 (12,9%). Se diagnosticaron con TAC 6 (19%) y el resto con ecografía. La EP fue bilateral en 16 (59,3%) y unilateral en 11 (40,7%). Fue central en 9 (33,3%) y periférica en 19 (66,6%). El 100% se diagnosticaron con TAC torácica. Sólo a 4 pacientes (7,1%) se les hizo estudio de trombofilia detectando sólo un caso de heterocigosis para mutación en gen de protrombina. Habían tenido ETV previa 4 (7,1%) todos en forma de TV. El cáncer fue colorrectal en 17 (30,3%), mama 12 (21,4%), urológico 11 (19%), pulmón 4 (7,1%), ginecológico 3 (5,3%), piel y partes blandas 3 (5,3%), esófago-gástrico 3 (5,3%), hematológico 2 (3,5%) y cerebral 1 (1,7%). La histología fue de adenocarcinoma en 41 (73,2%), carcinoma de células claras 3 (5,3%), linfoma 2 (3,5%), sarcoma 2 (3,5%), y 8 (14,2%) con etiología diversa. El estadio tumoral en el momento de la ETV fue IV en 23 (41%), III en 17 (30,3%), II en 11 (19%) y I en 3 (5,35%). En momento de la ETV 30 (53,5%) pacientes recibían quimioterapia (QT), recibían QT y radioterapia (RT) simultáneas 8 (14,2%) y 2 (3,5%) RT, y 14 pacientes (25%) habían sido sometidos a cirugía, que fue abdominal en 4 (28%), mastectomía en 3 (21%), prostatectomía 2 (14,2%) y otras 5 (35%). Sufrían inmovilidad 40 pacientes (71,4%). El diagnóstico de cáncer fue previo al de ETV en 46 (82,1%), concomitante en 7 (12,5%) y posterior en 3 (5,3%). El tiempo entre el diagnóstico de ETV y cáncer fue de 79 semanas de media (rango 0-313, desviación estándar 91). La EP se trató ambulatoriamente en 12 (44,4%) casos y con ingreso hospitalario en 15 (55,6%). La TVP se trató ambulatoriamente en 14 (48,2%) y con ingreso en 15 (51,8%). El tratamiento inicial fue con heparina de bajo peso molecular (HBPM) en 55 casos (98,2%). La duración media del tratamiento con HBPM fue de 7,2 meses (rango 0-28, desviación estándar 7,1). El 60,7% (34) se mantuvo con ese tratamiento y el 39,3% (22) se pasó a anticoagulante oral, que fue acenocumarol en el 100% de pacientes. Al finalizar el análisis habían fallecido 7 pacientes (12,5%). La causa de muerte fue el cáncer en 4 (57%) y otras en 3 (43%). Se retiró el tratamiento anticoagulante en 14 pacientes (25%), en la mayor parte de ellos por alcanzar estabilidad 11 (78,5%) y por hemorragia en 3 (21,4%).

Conclusiones: En nuestros pacientes que sufren cáncer y ETV, el cáncer suele ser previo al diagnóstico de la ETV y con alta frecuencia se halla en estadios avanzados. La histología que se asocia con más frecuencia es adenocarcinoma. Otros factores de riesgo que frecuentemente presentan estos pacientes son el inmovilismo, la cirugía y el tratamiento con QT o RT. La EP se trata ambulatoriamente con relativa frecuencia, probablemente por ser un hallazgo incidental en el seguimiento del cáncer. Según se indica en las guías de práctica clínica, nuestros pacientes inician el tratamiento de la ETV con HBPM y lo mantienen una media superior a 6 meses. El tiempo de tratamiento anticoagulante de la ETV es prolongado, por persistir el factor de riesgo asociado. La mortalidad en nuestro grupo de pacientes es relativamente baja durante el tiempo de estudio.