



<https://www.revclinesp.es>

## T-22. - PREDICCIÓN DEL RIESGO TROMBOEMBÓLICO EN PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN, PÁNCREAS, LINFOMA Y COLORRECTAL SEGÚN LA ESCALA DE KHORANA Y EL GRADO DE FIBRINOLISIS: UN ESTUDIO DESCRIPTIVO Y RETROSPPECTIVO

D. Ibáñez Segura<sup>1</sup>, A. Sanz Cepero<sup>1</sup>, A. Veiga Barrientos<sup>2</sup>, K. Portillo Villasmil<sup>1</sup>, J. Nava Mateos<sup>1</sup>, F. Esquivel<sup>1</sup>, S. López<sup>1</sup>, V. Gómez del Olmo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

### Resumen

**Objetivos:** Nuestro objetivo fue comparar la predicción de riesgo de enfermedad tromboembólica (ETE) mediante la escala de Khorana con el grado de fibrinólisis que presentaba el plasma de nuestros pacientes.

**Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo a partir de una base de datos ACCESS y de muestras biológicas de pacientes diagnosticados de cáncer de pulmón, páncreas, linfoma y colorrectal en el Servicio de M. Interna del H. Ramón y Cajal –con confirmación histológica- entre julio de 2011 y febrero de 2014. Se midió la puntuación que presentaba cada paciente en la E. Khorana, que se genera a partir de 5 parámetros: tipo de neoplasia (1 punto para pulmón, linfoma y colorrectal; 2 puntos para páncreas), índice de masa corporal (IMC) ( $> 35$  1 punto), leucocitos (1 punto  $> 11.000/\mu\text{L}$ ), hemoglobina (1 punto 10 g/dL) y plaquetas (1 punto  $> 350.000/\mu\text{L}$ ). Las puntuaciones de 0 se consideran de bajo riesgo, las de 1-2 de riesgo intermedio y las  $> 3$  de alto riesgo. En el laboratorio de M. Interna se generaron coágulos puros de fibrina, marcados radiactivamente con un trazador para poder seguir su disolución, cubriendose con activador del plasminógeno (tPA) y añadiéndose posteriormente plasma de los pacientes. Se midió a las 3 horas -punto máximo de lisis- el porcentaje de coágulo fibrinolizado. Con estos datos confeccionamos una escala de fibrinólisis dando 0 puntos a las lisis  $> 70\%$ , 1 entre 70 y 60%, 2 para 60 y 50% y 3 a las 50%. Se comparó el grado de fibrinólisis de cada paciente, su puntuación en la E. Khorana y las ETE que presentaron durante un periodo de seguimiento de dos años tras el diagnóstico.

**Resultados:** Se recogieron un total de 148 pacientes, 96 (65%) eran hombres y 52 (35%) mujeres. La edad media al diagnóstico fue de 65,89 años. Los tumores de pulmón fueron 62, linfomas 72, colorrectales 4 y páncreas 10. La mayoría presentó cáncer avanzado (estadio III-IV). Ningún IMC fue superior a 35, no alterando la E. Khorana. En la E. Khorana 90 pacientes de tenían 1 punto, de los cuales el 9% presentó ETE; 40 pacientes tenían 2 puntos, de los cuales el 13% presentó ETE; 13 pacientes tenían 3 puntos, de los cuales el 23% presentó ETE; 4 pacientes tenían 4 puntos, de los cuales ninguno presentó ETE. En cuanto a la fibrinólisis: 74 pacientes tenían 0 puntos, de los cuales un 11% presentó ETE; 46 tenían 1 punto, de los cuales el 9% presentó ETE; 15 tenían 2 puntos, de los cuales el 7% presentó ETE; y 13 tenían 3 puntos, de los cuales el 23% presentó ETE.

**Discusión:** Los pacientes con cáncer presentan un mayor riesgo que la población general para desarrollar eventos tromboembólicos (ETE). Por lo tanto, sería de gran relevancia estratificar el riesgo tromboembólico

de cada paciente de cara al manejo de su enfermedad y a un posible tratamiento preventivo. Por ello, tras comprobar alteraciones en la fibrinólisis de muchos pacientes con cáncer, en especial los que presentaban estadios más avanzados, desarrollamos una escala en función del grado de fibrinólisis que pudiese predecir el riesgo tromboembólico. Posteriormente, la comparamos con una escala aceptada internacionalmente: la escala de Khorana.

*Conclusiones:* Concluimos que nuestra escala de fibrinolisis tiene mayor sensibilidad para predecir un evento tromboembólico en pacientes de alto riesgo que la Escala de Khorana. Los resultados se deberían comprobar con otros tipos de neoplasias y mayor número de pacientes para consolidar su validez. Esta investigación podría abrir nuevas vías de predicción de riesgo tromboembólico en pacientes oncológicos.