



1724 - NEOPLASIA Y ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA, ¿QUÉ FACTORES FAVORECEN SU APARICIÓN?

Sonia González Sosa, Jorge Benítez Peña, Victoria Villamonte Pereira, Almudena Gil Hernández, Alba Santana García, Susana Blanco Tajas, Iván Gabriel Marrero Medina y Aída Gil Díaz

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria.

Resumen

Objetivos: Analizar la prevalencia y evaluar los factores asociados a la aparición de enfermedad tromboembólica venosa (EDEV) en una cohorte de pacientes diagnosticados de neoplasia.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes diagnosticados de neoplasia al ingreso en el servicio de medicina interna (MI) de un hospital de tercer nivel entre enero-2019 y diciembre-2020. Se recogieron las características demográficas, antecedentes personales, sintomatología en el debut, el tipo de cáncer y el estadiaje, escalas de valoración paliativa y se realizó un seguimiento de un año evaluando el desarrollo de EDEV, complicaciones hemorrágicas y mortalidad. Se evaluó la relación entre las diferentes variables con la EDEV, para las variables cualitativas se utilizó el test de ji al cuadrado o F de Fisher y para la relación con variables cuantitativas el test T- Student o U de Mann-Whitney en función de que las variables siguieran o no una distribución normal. Posteriormente se utilizó la regresión logística binaria.

Resultados: De 185 pacientes diagnosticados de neoplasia durante su ingreso en MI, 30 (16,5%) desarrollaron una EDEV siendo 18 (60%) mujeres. La edad media de la muestra global fue de 70,35 años (rango: 16-98 años) siendo 69,63 años (rango: 42 a 98 años) para EDEV. La trombosis venosa profunda (TVP) de miembros inferiores (MMII) fue la localización más frecuente (8 pacientes, 26,67%) seguida del tromboembolismo pulmonar (TEP) asociado a TVP de MMII (6, 20%), TEP sin TVP (5, 16,7%) y TVP portal (5, 16,7%). Del total de pacientes con neoplasia, solo 14 (7,6%) recibieron tromboprolifaxis ambulatoria; 41 (22,16%) presentaron un índice de Khorana mayor de 2 y de estos solo 2 (5,12%) recibió tromboprolifaxis; de igual forma, hubo 2 (1,2%) diagnósticos de mieloma y ninguno recibió quimioprofilaxis. El sexo femenino [OR 2,97, IC95% 1,33-6,64; p = 0,008] y la presencia de edemas se asociaron de forma significativa con la EDEV [OR 3,61, IC95% 1,5-8,65; p = 0,005]. No se encontró asociación con las comorbilidades, la localización ni el estadio del tumor. Una puntuación en la escala Khorana ≥ 3 puntos [OR 5,69, IC95% 1,34-24,20; p = 0,026] y recibir quimioterapia se asociaron con EDEV [OR 2,45, IC95% 1,09-5,47; p = 0,031]. El único marcador analítico asociado a EDEV fue el dímero-D (27,93 vs. 1,48; p = 0,007). Ni la trombocitosis ni la leucocitosis ni la anemia se asociaron a la EDEV. La EDEV no se asoció con la mortalidad anual. En el estudio multivariante mediante regresión logística binaria se objetivó aumento del riesgo de EDEV en las mujeres (HR = 3,32, IC95% 1,37-8,05), pacientes con edemas (HR = 3,1, IC95% 1,19-8,07), Khorana ≥ 3 puntos (HR = 3,31, IC95% 1,29-8,53) y quimioterapia (HR = 3,67, IC95%

1,47-9,17).

Discusión: Uno de cada seis pacientes con diagnóstico de neoplasia de nuestra serie desarrolló una enfermedad tromboembólica venosa al año de seguimiento. La ETEV fue más frecuente en mujeres, pacientes con edemas, mayor riesgo según la escala predictiva Khorana y sometidos a tratamiento quimioterápico.

Conclusiones: La ETEV paraneoplásica es una complicación frecuente en el primer año del diagnóstico de cáncer. Deberíamos atender a los factores de riesgo para valorar riesgo-beneficio de ofertar quimioprofilaxis en nuestros pacientes.