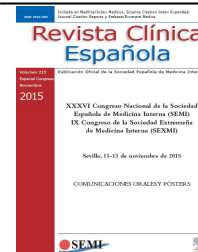




# Revista Clínica Española



<https://www.revlinesp.es>

## T-031 - EMBOLISMO PULMONAR AGUDO EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

M. González Ascarza<sup>1</sup>, J. Hernández Borge<sup>2</sup>, M. García García<sup>2</sup>, C. Muñoz Reyes<sup>1</sup>, A. Montaña Martínez<sup>1</sup>, M. Sánchez Herrera<sup>1</sup>, I. Arvanas Serrano<sup>1</sup>, R. Pérez Palacio<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. Badajoz. <sup>2</sup>Servicio de Neumología. Hospital Infanta Cristina. Badajoz.

### Resumen

**Objetivos:** Analizar las características de los pacientes ingresados por embolismo pulmonar (EP) en un Hospital de referencia, valorando su supervivencia a largo plazo y los posibles factores pronósticos asociados a la misma.

**Métodos:** Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo en el que se revisaron 294 EP (57,5% hombres) hospitalizados, desde agosto de 2006 a marzo de 2014 distinguiendo dos grupos: A (pacientes con cáncer) y B (pacientes sin cáncer). El diagnóstico de tromboembolismo pulmonar (TEP) se estableció con criterios SEPAR. Se recogieron factores de riesgo, forma de presentación, semiología, técnicas diagnósticas y sus resultados. Se realizó un seguimiento hasta septiembre de 2014. Se valoró la supervivencia y factores asociados a la misma mediante el método de Kaplan-Meier y un modelo de riesgos de Cox.

**Resultados:** 69 pacientes tenían neoplasia (23,5%) de las que un 81,2% eran de origen extrapulmonar. Un 53,6% estaban en situación de curación o estabilidad. No encontramos diferencias en la presencia de comorbilidades salvo en la obesidad que fue más frecuente entre los pacientes del grupo B (24,9% vs 10,1%; p 0,005). La presencia de EP previo, recurrente o trombosis venosa profunda (TVP) previa fue similar en ambos grupos. Fue más frecuente en el grupo B la clínica de infarto (28% vs 14,5%; p 0,026) y de TVP (32% vs 18,8%; p = 0,04). Hubo diferencias en la edad (A: 67,3 ± 12,9 vs B: 61,3 ± 12,9 años; p = 0,004) y en la duración media del tratamiento (A: 26 ± 26 vs B: 35,1 ± 26,4 meses; p = 0,012). No encontramos diferencias en la presencia de alteraciones patológicas en ECG, radiografía de tórax, ecocardiografía o Doppler de miembros. La gravedad de la afectación en el angioTAC y el empleo de fibrinolíticos (10,1% en A vs 18,1%; p = NS) fue similar en ambos grupos. Las complicaciones no hemorrágicas en el seguimiento fueron mayores en el grupo B (A: 24,6% vs B: 36,9%; p = 0,08). La mortalidad a los 30 días (A: 5,8% vs B: 2,2%; p = NS), a los 3 meses (A: 13% vs B: 3,6%; p = 0,006), y al final del seguimiento fue superior en el grupo A (46,4% vs 12,9%; p = 0,005). Se asociaron de forma independiente a la mortalidad la presencia de complicaciones agudas no hemorrágicas (OR: 3,8; IC95%: 1,5-9,5%) y neoplasia en progresión (OR: 6; IC95%: 2,8-12,9).

**Discusión:** La presencia de cáncer es un factor de riesgo para una evolución desfavorable en pacientes con embolismo pulmonar (EP). De esta forma, multiplica por tres el riesgo muerte, shock o recurrencia del EP a corto plazo. Estudios a 3 meses encuentran una mortalidad del 24% en pacientes con cáncer frente al 4,1% en pacientes sin cáncer. En nuestro estudio comprobamos que la mortalidad es superior en pacientes neoplásicos que en no neoplásicos. En orden de frecuencia, se evidencia como tumores más protrombóticos los de origen urogenital, hematológico y digestivo. Por otra parte en cuanto a la actitud terapéutica, se evidenciaron

diferencias en la duración del tratamiento, en relación con la situación protrombótica de la enfermedad neoplásica. Nuestros resultados son equiparables a los estudios publicados con la literatura vigente.

*Conclusiones:* 1. En nuestra experiencia un 23,5% de los pacientes con EP tenía cáncer. 2. No encontramos diferencias importantes en los antecedentes, formas de presentación o severidad respecto al resto de pacientes con EP no neoplásicos. 3. La mortalidad a medio y largo plazo fue superior entre los pacientes neoplásicos. 4. Fueron predictores independientes de mortalidad la aparición de complicaciones no hemorrágicas agudas y la situación de la neoplasia.