



Embolia pulmonar en el paciente oncológico: bases para el estudio EIPHANY

Carme Font^{a,*}, Alberto Carmona-Bayonas^b, Juana M. Plasencia^c, David Calvo-Temprano^d, Marcelo Sánchez^e, Paula Jiménez-Fonseca^f, Carmen Beato^g, Mercè Biosca^h, Vicente Vicente^b y Remedios Oteroⁱ, en representación de los Investigadores del Proyecto EIPHANY[°]

^aDepartamento de Oncología Médica, Hospital Clínic, Barcelona, España

^bDepartamento de Oncología Médica, Hospital Universitario Morales Meseguer, Murcia, España

^cDepartamento de Radiodiagnóstico, Hospital Universitario Morales Meseguer, Murcia, España

^dDepartamento de Radiodiagnóstico, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España

^eDepartamento de Radiodiagnóstico, Hospital Clínic, Barcelona, España

^fDepartamento de Oncología Médica, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España

^gDepartamento de Oncología Médica, Hospital Nisa Sevilla Aljarafe, Sevilla, España

^hDepartamento de Oncología Médica, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España

ⁱDepartamento de Neumología, Hospital Universitario Virgen del Rocío (HUVR-IBIS), CIBERES, Sevilla, España

RESUMEN

Palabras clave:

Tromboembolia pulmonar
Escalas pronósticas
Embolia incidental

La tromboembolia pulmonar (TEP) constituye una causa frecuente de morbimortalidad en los pacientes oncológicos. Tener cáncer es un factor de riesgo de muerte independiente en las series generales de pacientes con TEP y se incluye como variable en las escalas pronósticas de TEP aguda sintomática. Este hecho limita el poder discriminatorio de estas escalas generales en los pacientes con cáncer y ha motivado el desarrollo de herramientas pronósticas específicas: POMPE-C y una escala derivada del registro RIETE.

No está bien estudiado si el mayor riesgo de muerte por TEP en los pacientes con cáncer se debe a complicaciones relacionadas con la neoplasia o a una mayor gravedad del episodio tromboembólico en esta población. Por otro lado, la introducción de la tomografía computarizada multidetector en los últimos años ha comportado un diagnóstico creciente de TEP incidental, que en la actualidad representa hasta la mitad de las embolias pulmonares en los pacientes oncológicos.

El estudio EIPHANY pretende profundizar en las características propias de la embolia pulmonar en el paciente oncológico incluyendo TEP incidental y sintomática. Sus objetivos principales son: *a*) conocer los patrones clinicoepidemiológicos de la embolia pulmonar asociada al cáncer; *b*) desarrollar y validar un modelo pronóstico específico de TEP en esta población. Incluye el registro de variables de interés en oncología (tipo y extensión del cáncer, tratamientos oncoespecíficos, estado funcional del paciente, progresión del cáncer), variables radiológicas (carga trombótica, signos de sobrecarga ventricular y otros hallazgos adicionales), lugar de tratamiento (hospitalización o ambulatorio), complicaciones agudas y causas de muerte en los pacientes con TEP asociado al cáncer.

© 2014 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Pulmonary embolism in patients with cancer: foundations of the EIPHANY study

ABSTRACT

Keywords:

Pulmonary thromboembolism
Prognostic scales
Incidental pulmonary embolism

Pulmonary thromboembolism (PE) is a common cause of morbidity and mortality in patients with cancer. Having cancer is an independent risk factor for death in the general series of patients with PE and is included as a variable in the prognostic scales of acute symptomatic PE. This fact limits the discriminatory power of these general scales for patients with cancer and has prompted the development of specific prognostic tools: POMPE-C and a scale derived from the RIETE registry.

Whether the increased risk of death by PE in patients with cancer is due to complications related to the neoplasm or to a greater severity of the thromboembolic episode in this population has not been well studied. Moreover, the introduction of computed multidetector tomography in recent years has led to a

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: CFONT@clinic.ub.es (C. Font).

[°]Al final del artículo se relacionan los investigadores del estudio EIPHANY.

growing diagnosis of incidental PE, which currently represents up to half of pulmonary embolisms in patients with cancer.

The EPIPHANY study attempts to further the understanding of the characteristics of pulmonary embolisms in patients with cancer by including incidental and symptomatic events. Its primary objectives are a) to understand the clinical and epidemiological patterns of pulmonary embolism associated with cancer and b) to develop and validate a specific prognosis model for PE in this population. The registry includes variables of interest to oncology (cancer type and extent, oncospecific treatments, patient's functional condition, cancer progression), radiological variables (thrombotic burden, signs of ventricular overload and other findings), location of treatment (hospital or outpatient), acute complications and causes of death in patients with PE associated with cancer.

© 2014 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

El estado de hipercoagulabilidad asociado al cáncer es conocido como síndrome de Trousseau. Su manifestación clínica más frecuente es en forma de enfermedad tromboembólica venosa (ETV), entidad clínica que incluye la trombosis venosa profunda (TVP) y la tromboembolia pulmonar (TEP). La presencia de células malignas favorece un estado protrombótico por múltiples mecanismos biológicos. Además, en el paciente oncológico coinciden frecuentemente otros factores de riesgo de ETV como la cirugía, la inmovilidad, la presencia de catéter venoso central, los tratamientos oncospecíficos (quimioterapia, hormonoterapia, terapia antiangiogénica), los ingresos hospitalarios, las transfusiones, la compresión mecánica del sistema vascular por la neoplasia y el uso de agentes estimulantes de la eritropoyesis, entre otros¹.

Los pacientes con cáncer tienen entre 4 y 7 veces más riesgo de desarrollar ETV que la población general y la incidencia oscila entre el 4 y más del 20% de los pacientes con cáncer, según las series². El diagnóstico de ETV está en aumento en los últimos años debido a múltiples factores: aumento de la edad, mayor supervivencia y comorbilidades en los pacientes con cáncer, mayor número de líneas de tratamiento oncospecífico y progreso en las técnicas de imagen para el diagnóstico de ETV, entre otros. La incidencia real de ETV se desconoce, aunque se considera infraestimada, ya que el hallazgo de trombosis en series de autopsias en pacientes con cáncer puede llegar hasta el 50%³. El diagnóstico de ETV se correlaciona con peores curvas de supervivencia global en pacientes con cáncer⁴. Se desconoce si este peor pronóstico se debe a un incremento de la mortalidad debido al propio episodio trombotico o a una mayor agresividad tumoral en los pacientes que desarrollan ETV. La TEP es la forma de presentación clínica más grave de la ETV y, actualmente, se considera la segunda causa de muerte en el paciente oncológico. Por tanto, hay muchas razones para que la prevención y el tratamiento de la ETV, en general, y de la embolia pulmonar (EP), en concreto, se consideren temas de gran interés para el manejo actual de los pacientes con cáncer y ha motivado el desarrollo de guías específicas por parte de las principales sociedades científicas en el campo de la oncología⁵.

A pesar de la relevancia clínica de la TEP en oncología, hay pocos estudios dirigidos a profundizar de manera específica en las características epidemiológicas, clínicas y el pronóstico de la EP desde una perspectiva oncológica.

Aspectos clínicos y evaluación de la probabilidad diagnóstica

La TEP se produce como consecuencia de la migración hasta el árbol arterial pulmonar de un trombo procedente del territorio venoso, generalmente del sistema venoso profundo de las extremidades inferiores. No existe un cuadro clínico específico de TEP. Según estudios en autopsias, en la mayoría de las muertes por TEP esta no se sospechaba antes del fallecimiento, lo que indica la dificultad en el diagnóstico clínico y su probable infradiagnóstico³. La forma de presentación clínica más característica de EP es la disnea de inicio

súbito. Sin embargo, no todos los pacientes presentan disnea y, en ocasiones, esta se instaura de forma progresiva, aparece solo con el esfuerzo o es autolimitada. La TEP se debe tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de otros síntomas y signos como: dolor torácico (pleurítico, anginoso o atípico), síncope, cuadro vagal, tos, hemoptisis, taquipnea, taquicardia, hipotensión, fiebre, palpitaciones con o sin arritmia cardíaca, desaturación de oxígeno con o sin sensación de disnea y presencia de crepitantes o semiología de broncospasmo⁶. El espectro clínico de la TEP, por tanto, es amplio y supone frecuentemente un reto diagnóstico para el clínico.

Para apoyar la toma de decisiones en esta fase inicial de sospecha clínica de TEP se han desarrollado y validado varias escalas de estratificación de probabilidad. No se ha conseguido demostrar que graduar la probabilidad clínica mediante escalas de puntuación sea más seguro que la graduación empírica de profesionales con experiencia. Sin embargo, la dificultad para estandarizar ese juicio clínico ha llevado a aceptar la utilización de este tipo de escalas en los servicios de urgencias y en unidades sin profesionales específicamente formados. Las escalas de sospecha clínica más usadas son la canadiense de Wells y la escala suiza de Ginebra, ambas con versión original y versión simplificada (tabla 1), que han demostrado eficacia similar para excluir el diagnóstico de TEP en combinación con la determinación negativa de dímero-D⁷.

Sin embargo hay escasa evidencia en la validación de estas escalas de predicción diagnóstica en el paciente exclusivamente oncológico, en el cual puede existir con frecuencia el solapamiento de síntomas debidos al tumor con síntomas debidos a la EP. Tampoco es útil la determinación de dímero-D, pues está frecuentemente elevado en pacientes con cáncer.

Diagnóstico

La confirmación diagnóstica de EP requiere su visualización mediante técnicas de imagen. La gammagrafía pulmonar de ventilación/perfusión fue la técnica de elección durante años. Una gammagrafía normal descarta la presencia de EP mientras que un patrón gammagráfico de alta probabilidad combinado con probabilidad clínica alta confirma el diagnóstico de TEP^{8,9}. La angiografía de arterias pulmonares mediante tomografía computarizada (TC) con contraste intravenoso (angio-TC) se ha desarrollado para el diagnóstico de EP a partir de la década de los noventa. El estudio mediante angio-TC ha desplazado paulatinamente a la gammagrafía pulmonar y se ha establecido como técnica de elección en la actualidad. Los avances técnicos de los últimos años permiten una mejor visualización de los vasos, también los de pequeño tamaño (TC multidetector), menor tiempo de adquisición de imagen, capacidad para secciones más finas y cobertura más extensa del tórax¹⁰. La angio-TC se ha comparado con la gammagrafía pulmonar de ventilación/perfusión en varios estudios prospectivos¹¹, en los que ha demostrado tener una concordancia interobservador sustancialmente superior y mayor especificidad. En los pacientes con cáncer el diagnóstico de TEP mediante TC ofrece la ventaja adicional de poder diagnosticar otras complicaciones frecuentes y que pueden coexistir con la presencia de EP, como la pre-

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3797705>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3797705>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)