Diagnóstico casual de tromboembolismo pulmonar: descripción de las características clínicas y radiológicas y su evolución

P. Tallón Guerola[a], J. Arenas Jiménez[a], J. de la Hoz Rosa[a], B. Massutí Sureda[b] y J.M. García Marco[a]

[a]*Servicio de Radiodiagnóstico.* [b]*Servicio de Oncología. Hospital General Universitario. Alicante. España.*

Objetivos. Evaluar a los enfermos con tromboembolismo pulmonar (TEP) detectados de forma casual en nuestro hospital, los factores de riesgo asociados, sus características clínicas y radiológicas y su evolución.

Material y métodos. Se revisaron de forma retrospectiva los informes de tomografías computarizadas (TC) torácicas de rutina con contraste intravenoso de un periodo de 19 meses, para detectar aquellos casos en los que se estableció un diagnóstico de TEP de forma casual. Se detectaron 18 pacientes con ese diagnóstico y se revisaron los estudios de TC y las historias clínicas de esos pacientes para analizar las características radiológicas del TEP, los factores de riesgo, la clínica que presentaban, si recibieron tratamiento y su evolución.

Resultados. De los 18 pacientes 9 eran mujeres y 9 varones con una edad media de 61 años. El principal factor de riesgo de desarrollar TEP fue la existencia de una neoplasia, presente en 16 enfermos. El 66% de los pacientes no presentaban síntomas en relación con el TEP. En la mayoría de los pacientes (16) la TC fue realizada en un aparato multidetector (TCMD) y en el mismo número la extensión del TEP fue central. Cinco pacientes no fueron tratados con anticoagulación y en su evolución no se produjeron eventos embólicos. Del resto de pacientes dos fallecieron debido al TEP.

Conclusiones. El hallazgo casual de un TEP puede ser frecuente en pacientes oncológicos. Probablemente la TCMD tiene una mayor capacidad de detección casual de estos TEP. Su evolución puede ser variable, desde causar la muerte hasta permanecer estables o resolverse sin tratamiento.

Palabras clave: embolismo pulmonar, hallazgos casuales.

The Clinical and Radiological Characteristics and Evolution of Incidentally Diagnosed Pulmonary Thromboembolism

Objectives. To evaluate the cases of pulmonary embolism (PE) detected incidentally in our hospital, the associated risk factors, clinical and radiological characteristics, and evolution.

Material and methods. We retrospectively reviewed the reports of routine contrast-enhanced chest CT examinations performed during a 19-month period to detect cases in which PE was diagnosed incidentally. We found 18 cases of incidentally diagnosed PE and we reviewed the clinical histories and CT images of these patients to analyze the risk factors, clinical presentation, radiological characteristics, treatment, and evolution of PE in these cases.

Results. We found 18 patients (9 men and 9 women; mean age: 61 years) with incidentally detected PE. The main risk factor for developing PE was the presence of a neoplasm (n = 16). No PE-related symptoms were present in 12 patients. A multidetector CT scanner was used for the examination in most cases (n = 16). PE was centrally located in 16 patients. Five patients were not treated with anticoagulation and no embolic events occurred in these patients. Two of the remaining patients died because of PE.

Conclusions. The incidental finding of PE can be common in oncological patients. Multidetector CT probably has a greater capacity for the incidental detection of PE in these patients. The outcome of incidentally detected PE can vary from death to remaining stable to spontaneous resolution.

Key words: pulmonary embolism, incidental findings.

Introducción

El tromboembolismo pulmonar (TEP) es una entidad que puede resultar difícil de diagnosticar clínicamente debido a que los síntomas y signos de los pacientes son generalmente inespecíficos. Sin embargo, su detección es importante, ya que es una patología con alta tasa de morbimortalidad[1,2].

Clásicamente se han empleado para su diagnóstico la gammagrafía de ventilación-perfusión y la arteriografía pulmonar, aunque actualmente la técnica de imagen de elección en el protocolo diagnóstico del TEP es la angiografía por tomografía computarizada (angio-TC) pulmonar[3].

Los avances técnicos que hicieron posible la realización de la angio-TC pulmonar se han aplicado también en los estudios torácicos de rutina, lo cual ha permitido un aumento en el hallazgo casual de TEP en exploraciones de TC realizadas con otros propósitos[4-9].

Muchos de los pacientes en los que se diagnostica un TEP incidental tienen factores de riesgo para presentar una enfermedad tromboembólica (alteraciones de la coagulación, cirugía re-

Correspondencia:

JUAN ARENAS JIMÉNEZ. Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital General Universitario de Alicante. Pintor Baeza, s/n. 03010 Alicante. jarenasj@coma.es

Recibido: 13-III-07
Aceptado: 19-VII-07

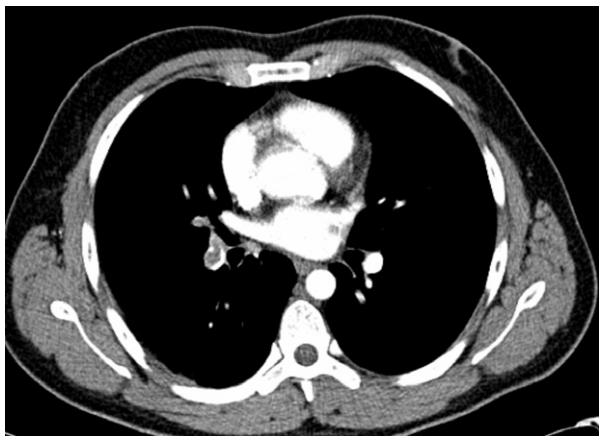

Fig. 1. Corte de 8 mm de grosor de una tomografía computarizada torácica con contraste intravenoso a la altura de ambas arterias lobares inferiores: defecto de repleción en arterias del lóbulo inferior derecho y lóbulo medio.

ciente, enfermedad neoplásica subyacente, tratamiento con fármacos protrombóticos, etc.)[4-9].

Por todo ello el propósito de nuestro estudio fue la evaluación de los TEP detectados de forma casual en nuestro hospital, para analizar los factores de riesgo asociados, sus características clínicas y radiológicas y su evolución.

Material y métodos

Se llevó a cabo un estudio retrospectivo de 5.429 informes de TC torácicas con contraste intravenoso que se habían realizado en nuestro hospital durante un período de 19 meses, entre abril de 2005 y octubre de 2006, con el objetivo de identificar el número de TEP informados. Se excluyeron del estudio todas las angio-TC realizadas por sospecha clínica de TEP o por patología de la aorta torácica.

Los estudios estándar de tórax se hicieron empleando un equipo de TC helicoidal de una fila de detectores (Helicat II, Philips) o un TC multidetector (TCMD) (Somaton Sensation 10, Siemens Medical System). En el aparato de TC de una fila de detectores se realizaron cortes de 8,8 mm de grosor con un intervalo de 8 mm, un factor de paso de 1,5, 120 kVp, 120 mAs y rotación de 1 segundo. En el aparato multidetector se empleó una colimación de 3 mm, con rotación de 0,5 segundos y un avance de la mesa de 20,4 mm por rotación, 100 kVp y 100 mAs de referencia con modulación de dosis (Care Dose 4D, Siemens Medical Solutions). Las reconstrucciones en este aparato se realizaron con cortes de 7-8 mm de espesor para el diagnóstico inicial. En ambos casos los estudios se realizaron en dirección craneocaudal, desde el estrecho torácico superior hasta el diafragma y administrando 100 ml de contraste yodado a una velocidad de 2 ml/s, con un retraso de 30 segundos tras la administración del contraste.

Todas las imágenes obtenidas fueron valoradas en placas impresas y sólo las exploraciones realizadas en el TCMD se revisaron también en una estación de trabajo Wizard con software Syngo, tras la reconstrución de las imágenes con un grosor de 4 mm y un intervalo de 2 mm.

De esta forma se identificaron 18 pacientes con un diagnóstico radiológico de TEP (fig. 1) que no había sido sospechado en el examen clínico, lo que supone un 0,33% de los informes revisados. Los 18 estudios fueron evaluados por dos observadores que confirmaron el diagnóstico de TEP en todos los pacientes y valoraron su extensión.

En todos ellos se realizó un estudio retrospectivo de las historias clínicas, donde valoramos:

1. Si eran pacientes ingresados o ambulantes, el motivo de la solicitud de la TC y la existencia de factores de riesgo o enfermedades asociadas. Además, en los pacientes oncológicos se revisó el tipo de cáncer, el estadio tumoral y su tratamiento.
2. El tipo de TC donde se había hecho el estudio, el grosor de corte, la extensión del TEP y su existencia en estudios previos.
3. Los síntomas clínicos en relación con el TEP, si había enfermedad venosa asociada, si se trató el TEP tras ser informado y la evolución del paciente.

Resultados

Se identificaron 18 pacientes con signos sugestivos de TEP en la TC y sin sospecha clínica del mismo, con una edad media de 61 años (26-88 años). De ellos 9 eran mujeres y 9 varones, con una edad media de 54 y 69 años respectivamente.

Cinco de los pacientes estaban ingresados en el momento del diagnóstico y 13 (72,2%) eran ambulantes.

Analizamos qué proporción de pacientes con el diagnóstico de TEP representan este grupo de diagnósticos casuales, encontrando que durante ese mismo periodo se diagnosticaron en nuestro hospital un total de 138 TEP, por lo que los diagnosticados de forma casual representan un 13% del total.

Todos los pacientes tenían como mínimo un factor de riesgo para el desarrollo de una enfermedad tromboembólica: 16 pacientes (88,8%) tenían una enfermedad neoplásica de base (8 de ellos estaban en tratamiento quimioterápico o lo habían terminado durante los últimos tres meses), una enferma tomaba anticonceptivos orales y permanecía largo tiempo en reposo y otro presentaba hipertensión pulmonar y cardiopatía isquémica.

La indicación para la realización de la TC en los pacientes neoplásicos fue la estadificación inicial o el seguimiento de su enfermedad, mientras que en los pacientes sin cáncer la indicación fue en una de ellos el estudio de una neuropatía de miembros inferiores y en el otro un control de un aneurisma de aorta abdominal.

Entre los 16 pacientes con neoplasia había 5 de pulmón (31,2%), 3 de ovario, 2 uroteliales, 2 de próstata y un paciente cada uno con neoplasia gástrica, uterina, rectal, de mama y un linfoma no Hodgkin. Un paciente tenía una doble neoplasia prostática y de pulmón. En 12 casos (75%) presentaban un estadio avanzado de su enfermedad, 7 de ellos con enfermedad metastásica en el momento del diagnóstico del TEP.

La mitad de estos 16 pacientes habían llevado tratamiento con fármacos antineoplásicos de riesgo para generar trombosis durante los tres meses previos al desarrollo del TEP: en 5 pacientes (62,5%) se empleó un tratamiento con compuestos que contenían platino (4 de los pacientes estaban con tratamiento en curso en el momento de diagnosticarse el TEP y el tercero lo había terminado hacía dos meses), otros dos estaban en tratamiento con un agente antiangiogénico (Bevacizumab) y un paciente estaba siendo tratado con CPT-11. En dos de esos pacientes el recuento de plaquetas en el hemograma previo al inicio de

Download English Version:

https://daneshyari.com/en/article/4246180

Download Persian Version:

https://daneshyari.com/article/4246180

Daneshyari.com