

# ATENEO SALA CANABAL

Marzo 2016

Menoni J, García L, Barneix C, Villaamil S

- SF, 79 años
- AP:
  - Hipotiroidea
  - HTA
  - Dislipémica
  - DM 2
  - MC: disnea
- EA: disnea progresiva de 15 días de evolución, CF IV
- Ex físico:
  - CV: RR 130 cpm. IY, RHY.
  - PP: cianosis central, FR 26 rpm. Estertores crepitantes bibasales

**Se plantea ICGD a predominio derecho**

- De la paraclínica se destaca:

ETT: sobrecarga de cavidades derechas

AngioTC tórax: confirma TEP

Se inicia anticoagulación

### • Valoración etiológica:

- - Laboratorio normal
  - AngioTc tórax
  - Ecografía abdomen- pelvis y aparato urinario
  - Mamografía
  - PSI: + / FCC (FGC no se realizó)

**TEP de etiología no aclarada**

- SF, 69 años

- AP: HTA

- AEA:

Ingresa en Julio 2015 por TVP de vena poplítea derecha.  
Inicia anticoagulación

Valoración clínica/paraclínica: derrame pleural derecho

- Toracocentesis:

- Exudado

- Directo 5 BAAR/200 campos LP

**Se inicia tto anti BK**

- En la evolución, abandona anticoagulación
- Setiembre 2015 ingresa por TEP
- EF: Abd: tumoración consistencia pétreo en hipogastrio, ascitis

Se inicia anticoagulación con HBPM

- Búsqueda etiológica:
- TC de abdomen y pelvis:
  - Proceso expansivo sólido que engloba todo el útero (útero u ovario)?
  - Endometrio engrosado, secundarismo hepático, ascitis
- Cultivo para micobacterias sin desarrollo.
- Biopsia pleural: pleuritis crónica inespecífica
- CA 125 :1091U/ml
- Fibrolaparoscopia con biopsia peritoneo : carcinoma de ovario

**TEP secundario a neoplasia de ovario**

- SF, 64 años. AP: tabaquista IPY > 30
- EA: Consulta por tos, expectoración y fiebre de 10 días de evolución. Inicia ATB domicilio, mala evolución, ingresa a sala
- Ex físico: FR 30, cianosis central. Estertores crepitantes en tercio inferior htx izquierdo
- RxTx: opacidad inhomogénea paracardíaca izquierda, derrame pleural

**Se plantea NAC derecha con derrame pleural**



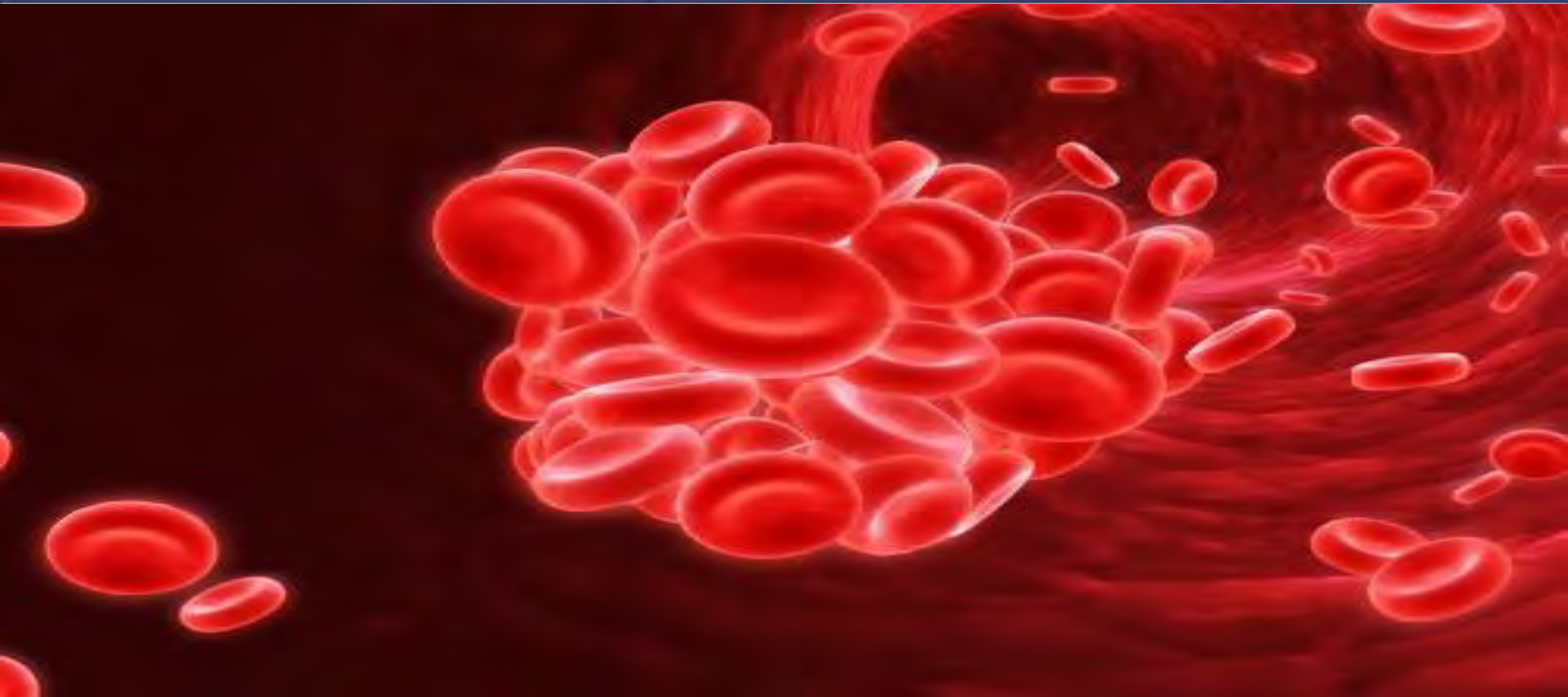
- Toracocentesis: exudado. Cultivo sin desarrollo
- Recibe tratamiento antibiótico en base a ampicilina-sulbactam
- Mala evolución clínica, persiste con insuficiencia respiratoria
- Agrega dolor y edema MID, se confirma TVP femoro-poplítea derecha y TEP bilateral

Se inicia anticoagulación con HBPM

## Valoración etiológica:

- Angio TC de Tx: conglomerados mediastinales, dos imágenes pseudonodulares periféricas de contornos espiculados a nivel de LID
- Mediastinoscopia y biopsia: carcinoma no OAT cell pobremente diferenciado
- En la evolución extensión proximal TVP

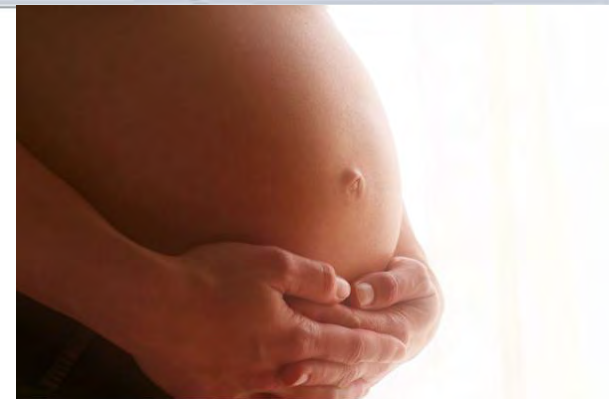
## TEP secundario a carcinoma broncopulmonar

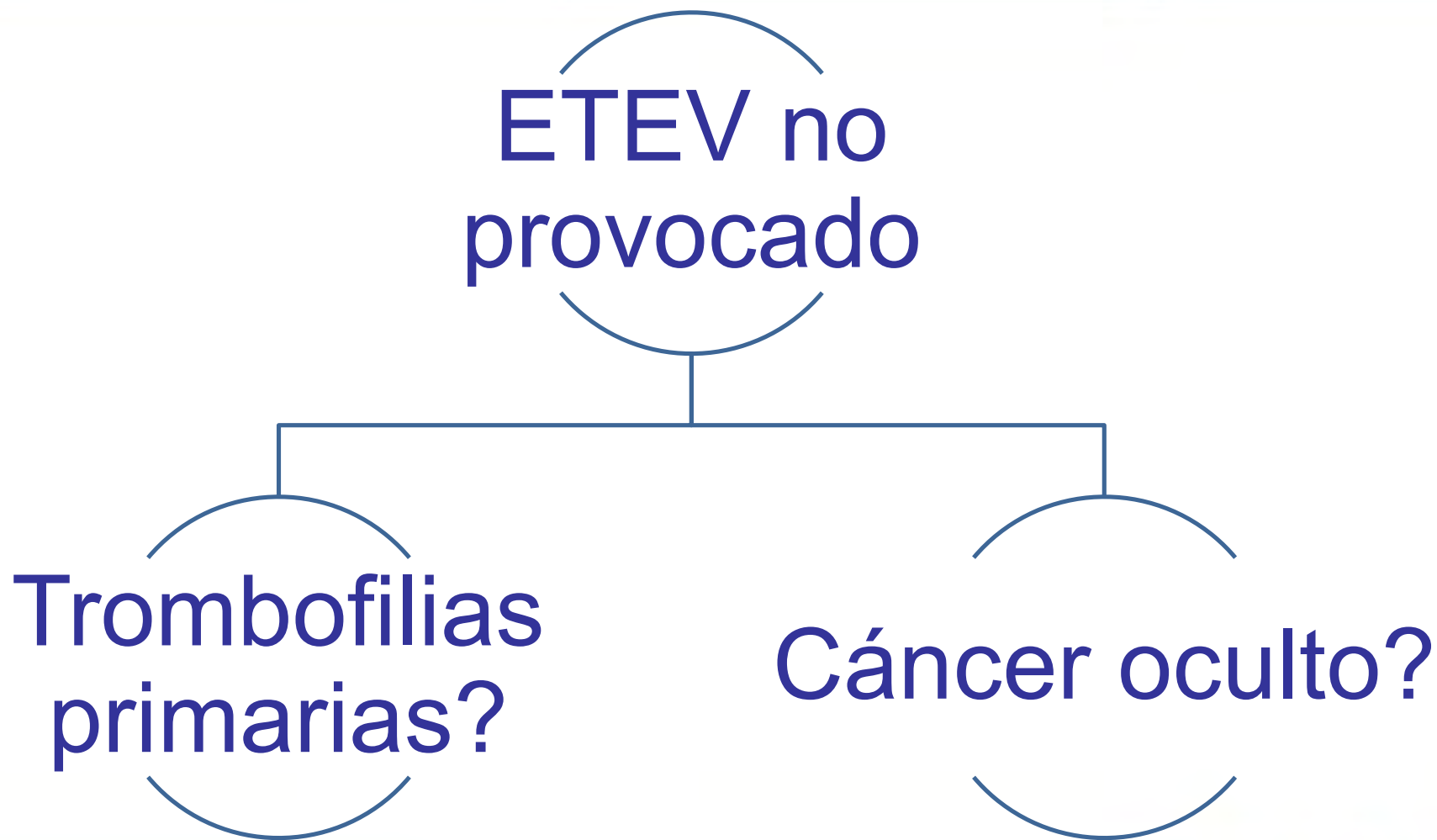


## **EVENTO TROMBOEMBÓLICO VENOSO (ETEV) NO PROVOCADO**

### ➤ ETEV provocado:

- Embarazo o puerperio
- Cáncer activo
- Trauma
- Cirugía mayor
- Factor predisponente temporal en los 3 meses previos (paresia, parálisis, yeso)
- Confinado a cama por más de 3 días







- A quien estudio en búsqueda de trombofilias primarias?
- Selección de población:
  - Historia familiar de ETEV
  - Sin historia familiar de ETEV



## ➤ Historia familiar de ETEV

- Familiar de primer grado menor de 45 años con ETEV, buscar trombofilias primarias

## ➤ Sin historia familiar de ETEV

- En menores de 45 años
- Trombosis recurrentes
- Trombosis en sitios inhabituales
- Historia de necrosis piel por warfarina

## ➤ ETEV no provocado; cáncer oculto?

- Existe una clara asociación entre ETEV y cáncer
- 10% de los pacientes con ETEV no provocado reciben diagnóstico de cáncer en los primeros 2 años
- Mayor riesgo en TVP bilaterales o recurrentes
- La probabilidad de cáncer a los 2 años del seguimiento, se iguala al de la población general



## ➤ ETEV no provocado, cáncer oculto?

- La razón de la búsqueda es la detección e intervención precoz
- Las preguntas serían:
- Es rentable y aplicable la búsqueda de cáncer oculto?
- La detección precoz, mejora pronóstico?

*The* **NEW ENGLAND**  
**JOURNAL** *of* **MEDICINE**

ESTABLISHED IN 1812

AUGUST 20, 2015

VOL. 373 NO. 8

**Screening for Occult Cancer in Unprovoked Venous  
Thromboembolism**

Marc Carrier, M.D., Alejandro Lazo-Langner, M.D., Sudeep Shivakumar, M.D., Vicky Tagalakakis, M.D.,  
Ryan Zarychanski, M.D., Susan Solymoss, M.D., Nathalie Routhier, M.D., James Douketis, M.D.,  
Kim Danovitch, C.C.R.P., Agnes Y. Lee, M.D., Gregoire Le Gal, M.D., Philip S. Wells, M.D., Daniel J. Corsi, Ph.D.,  
Timothy Ramsay, Ph.D., Doug Coyle, Ph.D., Isabelle Chagnon, M.D., Zahra Kassam, M.D., Hardy Tao, M.D.,  
and Marc A. Rodger, M.D., for the SOME Investigators\*

**METHODS**

We conducted a multicenter, open-label, randomized, controlled trial in Canada. Patients were randomly assigned to undergo limited occult-cancer screening (basic blood testing, chest radiography, and screening for breast, cervical, and prostate cancer) or limited occult-cancer screening in combination with CT. The primary

## RESULTS

Of the 854 patients who underwent randomization, 33 (3.9%) had a new diagnosis of occult cancer between randomization and the 1-year follow-up: 14 of the 431 patients (3.2%) in the limited-screening group and 19 of the 423 patients (4.5%) in the limited-screening-plus-CT group (P=0.28). In the primary outcome analysis, 4 occult cancers (0.9%) were missed by the limited-screening strategy, whereas 5 (0.9%)

were missed by the strategy of limited screening plus CT (P=1.0). There was no significant difference between the two study groups in the mean time to a cancer diagnosis (4.2 months in the limited-screening group and 4.0 months in the limited-screening-plus-CT group, P=0.88) or in cancer-related mortality (1.4% and 0.9%, P=0.75).

### ➤ Estrategia limitada

- Historia clínica completa, examen físico
- Laboratorio básico/PSI
- RxTx
- Screening cáncer apropiado por edad y sexo
- Ecografía abd-pelvis y aparato urinario

### ➤ Estrategia extendida

- Estrategia limitada
- TC abd-pelvis
- Marcadores tumorales
- Endoscopias

- La mayoría de los estudios concluyen que la estrategia limitada es adecuado, para el estudio del primer ETEV no complicado
- Si bien los protocolos extendidos aumentan la sensibilidad diagnóstica, no se recomiendan, es cuestionable el impacto en el pronóstico oncológico y la seguridad del paciente
- Se reconoce que hay grupos de mayor riesgo donde aplicar la estrategia extendida es razonable



- Carrier M, Lazo-Langer a, Shivacumar S, Tagalakis V, et al. Screening for occult cáncer in unprovoked venous thromboembolism. The New England Journals of Medicine. August 20,2015. Vol 373. No.8
- Van Doormaal F, Terpstra W, Van Der Griend R, et al. Is extensive Screening for cáncer in idiopathic venous thromboembolism warranted?. J Thromm Haemost. 2011; 9(1):79
- Alfonso a, Redondo M, Rubio T. Screening for occult malignancy whith FDG-PET/CT in patients whit inprovoked venous thromboembolismal. Int. J. Cancer, 2013; Nov;133(9):2157-64
- Iodice S, Gandini S, Lohr M, et al. Venous thromboembolic events and organ-especific occult cancers: a review and meta-analysis. J Thromb Haemost. 2008;6(5):781
- Perez G, Alonso J. Enfermedad tromboembólica venosa idiopática como manifestación inicial de cáncer oculto. Cuan extenso debe ser el Screening paraclínico en estos pacientes?. Rev Med Urug 2012; 28(2): 148-154
- Baglin T, Gray E, Greaves M, Hunt BJ, et al. Clinical guidelines for testing for heritable thrombophilia. Br J Haematol. 2010;149(2):209.
- Nicolaides AN, Fareed J, Kakkar AK, Comerota AJ, et al. Prevention and treatment of venous thromboembolism--International Consensus Statement. Int Angiol. 2013 Apr;32(2):111-260.