

## TRATAMIENTO ETV EN PACIENTES NEOPLASICOS

**Dra. Paula A. de Guggiari**

La ETV, es una entidad importante de morbimortalidad en pacientes con cancer. Las comorbilidades específicas de cada paciente, los factores de cada tumor como es el sitio y estadio, y las terapias asociadas predisponen al desarrollo de la ETV. Los parámetros de laboratorio para evaluar el riesgo, como el Dímero -D siendo un factor asociado al cancer habla de activación de la coagulación.

En un estudio cohorte, prospectivo, observacional se tomaron 821 ptes con diferentes neoplasias (pulmon, mama, mieloma múltiple, linfoma, páncreas, riñon y glioblastoma) y al cabo de un seguimiento de 506 días, después de haber realizado cirugía, quimio y radioterapia se doso el Dímero -D, siendo positivo en 62 ptes/7.6%, lo que habla a favor del desarrollo de esta entidad. Heit y col mencionan la relación entre cancer y tto antineoplásico, como predisponentes a su desarrollo de 6,5 veces mayor frente a 4 veces si el paciente no realiza tto antineoplásico.

Por estas características y teniendo en cuenta el riesgo aumentado de recurrencias, riesgo aumentado de hemorragias asociada al cancer, el impacto negativo adicional sobre su calidad de vida y disminución de su supervivencia es que debe valorarse el tratamiento anticoagulante. En cuanto a la recurrencia es 3.2 veces mayor que en aquellos ptes que no tienen cancer. Las hemorragias mayores, según Prandoni es de 2.1 veces mayor, que si no estuvieran anticoagulados. Según Levinton la muerte a los 180 días en aquellos que tienen neoplasias y ETV es 0.8 veces mayor que si no la tuvieran. Según Lee la recurrencia a los 3 meses después de haber realizado tto tanto con HBPM como con HNF es similar de 9.2%. Según el Matisse clinical trials sobre 232 ptes tratados por TVP con HBPM el grado de recurrencia después de los 3 meses fue de 5,4% frente a 12% de ptes tratados con fondaparinux y aquellos tratados por TEP sobre 240 ptes con HNF y fondaparinux el grado de recurrencia y sangrado fue similar.

Cuales son los problemas en el uso de los anticoagulantes en estos tipos de pacientes, es una pregunta muy frecuente. En primer lugar la dificultad para mantener un rango terapéutico por anorexia, mala alimentación, vómitos e interacción con otros fármacos. En segundo lugar las interrupciones frecuentes por trombocitopenia y procedimientos invasivos. En tercer lugar la dificultad en los accesos venosos que hacen de las recurrencias y sangrados sean las manifestaciones de un INR de difícil de mantener para esta enfermedad según Lee. La capecitabina es una droga de frecuente uso como sensibilizante o concomitante en diferentes neoplasias sobre todo gastrointestinales dando su interacción medicamentosa.

En los ensayos clínicos, para diferentes autores como Lee, Monreal, Meyer y Hull, el grado de recurrencia, hemorragias totales y hemorragias mayores fue similar ante el tto con ACO.

En el ensayo CLOT de TVP, donde se randomizaron los ptes con ACO vs dalteparina el seguimiento a 180 días hubo una reducción de recurrencias del 50% a favor de esta última droga.

Como conclusión podemos decir, según las recomendaciones de CHEST 2008 que el tto con ACO durara siempre y cuando haya una enfermedad neoplásica y activa con metastasis. Los filtros de vena cava inferior están indicados cuando esta CI la ACO. Los ACO en ausencia de ETV no están indicados.