

Temas al día

Cáncer renal con trombosis de vena renal y vena cava inferior

Juan Criado-García¹, Ana Isabel Jiménez-Morales¹, María Gracia Cruz-Caparrós², Eva Talavera-García³, María Fuentes-Spínola⁴

¹Unidad de Medicina Interna y Unidad de Lípidos y Arteriosclerosis. IMBIC/Hospital Universitario Reina Sofía/Universidad de Córdoba. Córdoba. España

²Servicio de Medicina Interna. Hospital de Poniente. El Ejido (Almería). España

³Servicio de Medicina Interna. Hospital de Llevant. Manacor (Islas Baleares). España

⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital San Juan de la Cruz. Úbeda (Jaén). España

Grupo de Trabajo de Enfermedad. Tromboembólica. Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)

Recibido: 03/07/2018

Aceptado: 04/07/2018

En línea: 31/12/2018

Citar como: Criado-García J, Jiménez-Morales AI, Cruz-Caparrós MG, Talavera-García E, Fuentes-Spínola M. Cáncer renal con trombosis de vena renal y vena cava inferior. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2018 (Ago); 3(2): 99-101.

Autor para correspondencia: Juan Criado-García. juancriadogarcia@gmail.com

Palabras clave

- ▷ Trombosis venosa
- ▷ Cáncer
- ▷ Anticoagulación

Resumen

La enfermedad tromboembólica venosa es una de las complicaciones más frecuentes y graves de los pacientes oncológicos. La incidencia es mayor en tumores con enfermedad metastásica y su desarrollo se relaciona con una menor supervivencia. La anticoagulación, que es el tratamiento indicado, en la gran mayoría de los casos debe mantenerse a largo plazo, con el riesgo hemorrágico que esto conlleva. Además, la trombosis venosa asociada al cáncer presenta una elevada tasa de recurrencias pese a la anticoagulación. El manejo de la trombosis venosa en el cáncer es complejo y precisa una aproximación multidisciplinar. Presentamos el caso de un varón de 55 años con un carcinoma renal de células claras y enfermedad tromboembólica venosa asociada.

Keywords

- ▷ Venous thrombosis
- ▷ Cancer
- ▷ Anticoagulation

Abstract

Venous thromboembolic disease is a frequent and serious clinic complication in cancer patients. Risk is higher in those with metastatic disease, and thrombosis related with cancer is associated with lower survival rates. Anticoagulation is the main treatment, usually continued for a long time, carrying risk for bleeding events. Despite anticoagulation, a high rate of recurrences is described. Venous thrombosis and cancer is a major therapeutic challenge and requires a comprehensive management. We present the case of a 55-year-old male with clear cell renal carcinoma and associated venous thromboembolic disease.

Puntos destacados

- ▷ La enfermedad tromboembólica venosa es una complicación grave en pacientes oncológicos y empeora su pronóstico.
- ▷ La anticoagulación con heparinas de bajo peso molecular es el tratamiento de elección, al menos durante los primeros 6 meses.
- ▷ La duración del tratamiento no está definida, pero debería prolongarse mientras exista actividad neoplásica considerada como existencia de metástasis, enfermedad en progresión, uso de quimioterapia o fármacos con riesgo trombogénico.

Introducción

La enfermedad tromboembólica venosa (ETV) es una de las manifestaciones clínicas más complejas de los pacientes con cáncer. Puede desarrollarse en cual-

quier momento de la historia oncológica, siendo frecuente su aparición de manera sincrónica, sobre todo en tumores localmente avanzados o metastásicos.

A continuación presentamos un caso de cáncer renal con trombosis venosa asociada.

Caso clínico

Hombre de 55 años, sin antecedentes personales ni familiares de interés, que, en el contexto de cuadro de dolor abdominal y anemia, es diagnosticado de neoplasia renal derecha con lesiones pulmonares y ganglionares compatibles con metástasis. En el estudio se llevaron a cabo las siguientes pruebas complementarias:

- Análisis de sangre. Destacaba anemia normocítica, con hemoglobina de 11,6 g/dl (12,0-18,0), hematocrito de 35,4 índice (37,0-52,0) y VCM de 89,0 fl (80,0-99,0); series blanca y plaquetaria sin alteraciones; función renal alterada con creatinina 1,41 mg/dl (0,70-1,20), urea 52 mg/dl (10-50), filtrado glomerular de 55,00 ml/min y elevación de marcadores inflamatorios, con VSG 50 mm/1 h (1-15), LDH 340 U/l (125-220) y PCR 42,1 mg/dl (0,3-5,0).
- Tomografía computarizada (TC) toraco-abdomino-pélvica. Informada como nódulos pulmonares milimétricos de localización subpleural bibasal, sugestivos de metástasis hematógenas; adenopatías hiliares bilaterales, destacando una izquierda de 20 mm; masa tumoral sólida que ocupa hemirriñón inferior derecho con densidad muy heterogénea por áreas de degeneración quística/necrosis; trombosis de la vena renal derecha que se extiende hasta la vena infrahepática que se encuentra aumentada de calibre y con trombo de unos 7 cm de diámetro cráneo-caudal (**Figura 1**); adenopatía retroperitoneal inter-aortocava de 8 mm, sospechosa; resto sin hallazgos. En resumen, hallazgos compatibles con cáncer renal derecho con extensión a la vena cava inferior, metástasis pulmonares y ganglionares (retroperitoneales e hiliares).

Tras los hallazgos de la TC, se inicia tratamiento con enoxaparina 100 mg diarios (peso 65 kg), programándose ingreso para cirugía urológica. Previamente a la misma, se presenta el caso en sesión clínica multidisciplinar, descartándose por parte de Radiología Vasculat la colocación de filtro de vena cava inferior (FVC) dada la extensión de la trombosis. Se lleva a cabo nefrectomía radical derecha y trombectomía de la vena renal y de la cava, sin complicaciones asociadas. Se remiten muestras a Anatomía Patológica, que confirma el diagnóstico de carcinoma de células claras. El tratamiento con enoxaparina fue suspendido 24 horas antes de la cirugía, reiniciándose a dosis profilácticas (40 mg diarios) en el primer día posoperatorio, aumentando a 40 mg cada 12 horas el segundo día y con posterior ascenso progresivo hasta alcanzar dosis plenas al alta.

El paciente inicia tratamiento quimioterápico con atezolizumab y bevacizumab, con buena tolerancia. Además, es valorado en consulta de ETV donde se mantiene tratamiento con enoxaparina, reajustándose la dosis a 90 mg cada 24 horas. Tras cinco ciclos de quimioterapia se realiza TC que objetiva dismi-

nución de las metástasis pulmonares y ganglionares, sin detectarse datos de trombosis en vena cava.

A los 6 meses, el paciente refiere intolerancia a las inyecciones subcutáneas de enoxaparina, por lo que se propone anticoagulación con acenocumarol, que se acepta en consenso con Oncología Médica.

Tras 2 años de tratamiento oncológico presenta en TC de control remisión completa de su enfermedad, sin aparición de nuevos eventos trombóticos. Dado que mantiene la quimioterapia y no ha presentado complicaciones hemorrágicas, se decide continuar con la anticoagulación.

Discusión y conclusiones

La ETV es una de las complicaciones clínicas más graves de los pacientes oncológicos, en los que se considera la segunda causa de muerte prevenible. El riesgo de desarrollarla es seis veces mayor que en la población no oncológica y su incidencia puede alcanzar hasta el 20%¹. El manejo de la ETV en estos pacientes continúa siendo un reto y requiere un abordaje multidisciplinar. El caso que presentamos, en el que intervienen urólogos, radiólogos intervencionistas, oncólogos e internistas es un claro ejemplo.

La anticoagulación es el tratamiento de base de la ETV; aun así, los pacientes con cáncer presentan una elevada tasa de recurrencias además de un mayor riesgo de complicaciones hemorrágicas². El último consenso sobre terapia antitrombótica y trombolítica del American College of Chest Physicians (ACCP)³ recomienda la heparina de bajo peso molecular (HPBM) como tratamiento de primera elección. Tanto la guía sobre ETV asociada al cáncer de la American Society of Clinical Oncology (ASCO) como la del National Comprehensive Cancer Network (NCCN) comparten esta recomendación⁴. Recientemente, se han publicado dos ensayos que comparan la HPBM frente al edoxabán⁵ y el rivaroxabán⁶ en la ETV asociada al cáncer. En ambos casos los anticoagulantes de acción directa (ACOD) demostraron no ser inferiores en la prevención de las recidivas de trombosis venosa. Sin embargo, la proporción de hemorragias mayores y de eventos hemorrágicos clínicamente relevantes fue superior en los pacientes con ACOD. Un reciente metaanálisis plantea que esta diferencia en cuanto al riesgo de sangrado, aunque significativa, es reducida y que las hemorragias mayores parecen limitarse a aquellas neoplasias de tracto digestivo alto⁷. Por otro lado, se desconoce el efecto de los ACOD en situaciones clínicas tan relevantes como la trombocitopenia o las trombosis asociadas a catéter.

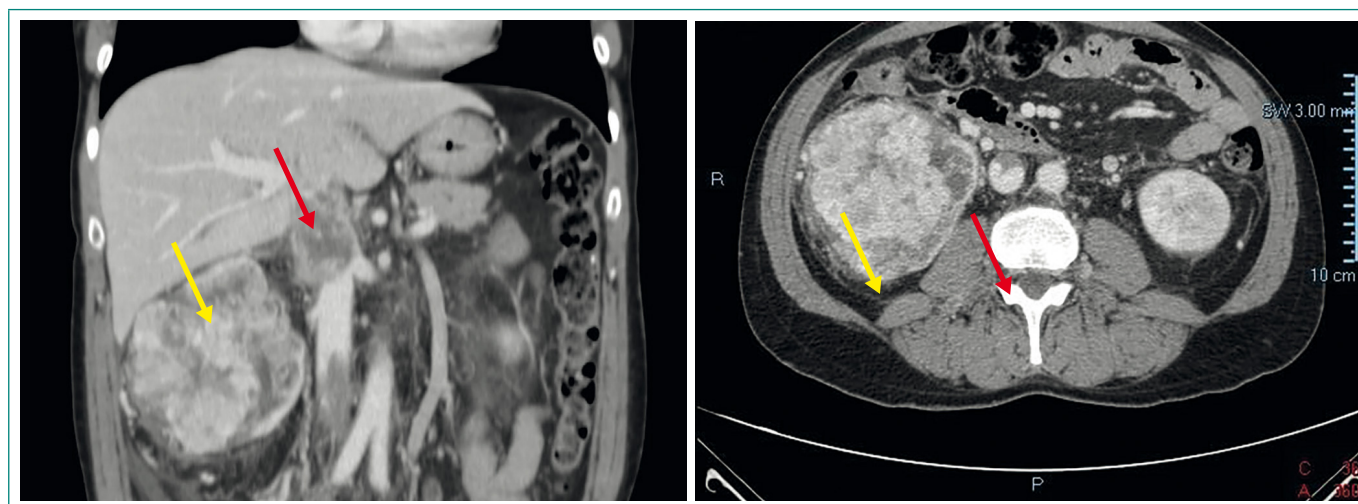


Figura 1. Masa renal (flechas amarillas) y trombosis de vena renal derecha (flechas rojas) que se extiende hasta vena cava inferior

Bibliografía

Además, la necesidad de administración oral en aquellos pacientes con toxicidad gastrointestinal y las posibles interacciones con las terapias oncológicas podrían condicionar su uso. En definitiva, las evidencias actuales sobre el uso de los ACOD en la ETV asociada al cáncer son limitadas, si bien es cierto que existen pacientes seleccionados que podrían beneficiarse de su indicación.

La duración óptima del tratamiento anticoagulante no se conoce con exactitud. Existe el consenso de mantenerlo durante al menos los primeros 6 meses tras el evento trombótico⁴. Pasado este tiempo se valoraría la necesidad de prolongarlo, teniendo en cuenta tanto los factores de riesgo de recidiva como el riesgo hemorrágico. El riesgo de recurrencia es lo suficientemente importante como para continuar con la anticoagulación en los pacientes con enfermedad neoplásica activa (existencia de metástasis, enfermedad en progresión, quimioterapia o fármacos con riesgo trombogénico), en los tumores de alto riesgo trombótico (páncreas, pulmón, tracto digestivo alto, glioblastoma, ovario, hematológicas) o en los enfermos con ETV previa. En la gran mayoría de los casos, el tratamiento se mantiene con HBPM más allá de los 6 meses. Una de las razones sería la dificultad para mantener un INR adecuado en muchos de estos pacientes. Además, la HBPM puede utilizarse en enfermos con intolerancia gastrointestinal o ser modificada adecuadamente ante la necesidad de procedimientos invasivos o la aparición de trombopenia. Aun así, en determinados enfermos se deben evaluar los tratamientos orales, ya sea con antivitaminas K o con ACOD. La intolerancia a la anticoagulación parenteral tras periodos de tratamiento muy prolongados y el posible desarrollo de osteopenia secundaria a la HBPM serían dos escenarios en los que habría que plantear el cambio a la terapia oral.

En nuestro caso se valoró además la colocación de un FVCI previo a la cirugía, pero no fue posible dada la escasa distancia existente entre el final del trombo y la entrada a la aurícula derecha. Aunque las indicaciones absolutas, y compartidas por todas las guías son la contraindicación para la anticoagulación o la necesidad de suspenderla³, asociaciones como el British Committee for Standards in Haematology o el American College of Radiology proponen su indicación en pacientes que van a ser sometidos a cirugía no demorable como la oncológica o con trombosis que afecten a la vena cava inferior⁸.

1. Pachón Olmos V, Ramos Gallo MJ, Antonio Rebollo M, Ballesteros Ortega D, Iglesias Docampo L, Romera-Villegas A, et al. Manejo de la enfermedad tromboembólica venosa en pacientes oncológicos: guías de práctica clínica española. Consenso SEACV-SEOM. Med Clin (Barc). 2015; 144(Supl 1): 3-15.
2. Farge D, Bounameaux H, Brenner B, Cajfinger F, Debourdeau P, Khorana AA, et al. International clinical practice guidelines including guidance for direct oral anticoagulants in the treatment and prophylaxis of venous thromboembolism in patients with cancer. Lancet Oncol. 2016; 17: 452-466.
3. Kearon C, Akl EA, Ornelas J, Blaivas A, Jiménez D, Bounameaux H, et al. Antithrombotic therapy for VTE disease: CHEST Guideline and Expert Panel Report. Chest. 2016; 149: 315-353.
4. Lee AYY. Overview of VTE treatment in cancer according to clinical guidelines. Thromb Res. 2018; 164(Suppl 1): S162-S167.
5. Raskob GE, van Es N, Verhamme P, Carrier M, Di Nisio M, García D, et al. Edoxaban for the treatment of cancer-associated venous thromboembolism. N Engl J Med. 2018; 378: 615-624.
6. Young AM, Marshall A, Thirlwall J, Chapman O, Lokare A, Hill C, et al. Comparison of an oral factor Xa inhibitor with low molecular weight heparin in patients with cancer with venous thromboembolism: results of a randomized trial (SELECT-D). J Clin Oncol. 2018 May 10; JCO2018788034. Doi: 10.1200/JCO.2018.78.8034. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 29746227.
7. Li A, García DA, Lyman GH, Carrier M. Direct oral anticoagulant (DOAC) versus low-molecular-weight heparin (LMWH) for treatment of cancer associated thrombosis (CAT): a systematic review and meta-analysis. Thromb Res. 2018; 2.
8. Caplin DM, Nikolic B, Kalva SP, Ganguli S, Saad WE, Zuckerman DA, et al. Quality improvement guidelines for the performance of inferior vena cava filter placement for the prevention of pulmonary embolism. J Vasc Interv Radiol. 2011; 22: 1499-1506.