Rev Esp Cardiol. 2019;72(Supl 1): 518

Revista Española de Cardiología

4031-3. ASOCIACIÓN ENTRE SANGRADO Y CÁNCER *DE NOVO* TRAS UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Isabel Muñoz Pousa, Sergio Raposeiras Roubín, Emad Abu-Assi, María Cespón Fernández, Berenice Caneiro Queija, Rafael Cobas Paz, Elena López Rodríguez, Luis Pérez Casares, Karim Jamhour Chelh, María Castiñeira Busto, Saleta Fernández Barbeira, Guillermo Bastos Fernández, Raquel Bilbao Quesada y Andrés Íñiguez Romo, del Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro, Vigo (Pontevedra).

Resumen

Introducción y objetivos: Existe una evidencia cada vez mayor sobre el impacto pronóstico negativo de las complicaciones hemorrágicas al alta tras un síndrome coronario agudo (SCA). El objetivo de este estudio fue evaluar la asociación del sangrado con el diagnóstico de cáncer *de novo* tras el alta hospitalaria por un SCA.

Métodos: Se utilizaron los datos de un registro de un solo centro que incluyó 3,644 pacientes con SCA dados de alta con tratamiento antiagregante plaquetario doble (TAPD) para investigar la asociación entre el sangrado posterior al alta y el diagnóstico de cáncer. El efecto ajustado del sangrado como covariable tiempo-dependiente sobre el diagnóstico de cáncer *de novo* se evaluó mediante modelos de regresión de Cox. Se calcularon los valores predictivos positivos (VPP) del sangrado para el diagnóstico de cáncer.

Resultados: Durante una mediana de seguimiento de 56,2 meses, se documentaron 1.215 pacientes con eventos de sangrado y 227 pacientes con cáncer *de novo*. Después del ajuste multivariable, el sangrado posterior al alta se asoció con el diagnóstico de cáncer (HR ajustado 3,43, IC95% 2,62-4,50), pero solo las hemorragias espontáneas (HR ajustado 4,38, IC95% 3,31-5,79). Esta asociación fue más fuerte a medida que aumentó la gravedad del sangrado (HR 1,52, 4,88, 7,30 y 12,29, para el sangrado BARC tipo 1, 2, 3a y 3b respectivamente). Con respecto a la ubicación específica del sangrado para el diagnóstico de cáncer, solo el sangrado gastrointestinal, genitourinario y broncopulmonar se asociaron fuertemente con cáncer específico de dicho sitio (tabla). No se encontraron diferencias en el riesgo ajustado de cáncer para las hemorragias posteriores al alta que ocurrieron con TAPD frente a sin TAPD (HR para el sangrado con TAPD frente a sangrado sin TAPD: 1,05, IC95% 0,69-1,62; p = 0,832). El VPP para el diagnóstico de cáncer por el sangrado post-SCA fue de 7,7% (21,9% para el sangrado genitourinario, 18,6% para el sangrado broncopulmonar, 5,8% para el sangrado gastrointestinal y 2,3% para otras hemorragias). El tiempo medio desde el sangrado hasta el diagnóstico de cáncer fue de 4,6 meses.

Variables		HR	IC95%	p
	Sangrado	3,43	2,62-4,50	0,001

	BARC 1 (n = 622)	1,52	0,96-2,43	0,074
	BARC 2 (n = 436)	4,88	3,48-6,85	0,001
Gravedad del sangrado	BARC 3A (n = 71)	7,3	3,68-14,64	0,001
	BARC 3B (n = 46)	12,3	5,59-26,98	0,001
	BARC 3C (n = 37)	3,07	0,73-12,84	0,125
	Espontáneo (n = 827)	4,38	3,31-5,79	0,001
Espontaneidad del sangrado				
	Traumático (n = 389)	1,29	0,69-2,41	0,418
	Gastrointestinal (GI; n = 327)	3,78	2,51-5,71	0,001
	Genitourinario (GU; n = 228)	8,63	5,91-12,59	0,001
Localización del sangrado				
	Broncopulmonar (BP; n = 56)	4,26	1,85-9,84	0,001
	Otros (no GI, no GU, no BP; n = 605)	1,32	0,81-2,18	0,264
	Sangrado con TAPD	3,5	2,56-4,80	0,001
Sangrado con TAPD				
	Sangrado sin TAPD	3,34	2,29-4,89	0,001

Incidencia de cáncer de novo *tras SCA en pacientes con y sin sangrado tras el alta.*

Conclusiones: El sangrado espontáneo tras el alta en pacientes con SCA está fuertemente asociado con el diagnóstico posterior de cáncer en los primeros 6 meses, independientemente del tratamiento con TAPD. Una evaluación rápida del sangrado podría ser útil para permitir una detección temprana de cáncer en estos pacientes.