



6. ENDOCARDITIS TROMBÓTICA NO BACTERIANA COMO ETIOLOGÍA DE ICTUS MÚLTIPLE CARDIOEMBÓLICO EN ADENOCARCINOMA DE PULMÓN METASTÁSICO

Anna García Alonso¹, Xavier Covas Cerdà¹, Ana Beatriz García Durán¹, Patricia Estefanía Piña González¹, Àngels González Guardia¹, Luis Molina Ferragut¹, Edurne Arriola Aperribay², Álvaro Taus García², Tamara Martos Cárdenas², Eva Gimeno Vázquez³, Eva Giralt Steinhauer⁴, Inmaculada López Montesinos⁵, Beatriz Vaquerizo Montilla¹, Laia Carla Belarte Tornero¹ y Mireia Blé Gimeno¹

¹Cardiología. Hospital del Mar, Barcelona, España, ²Oncología. Hospital del Mar, Barcelona, España, ³Hematología. Hospital del Mar, Barcelona, España, ⁴Neurología. Hospital del Mar, Barcelona, España y ⁵Medicina Interna. Hospital del Mar, Barcelona, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La endocarditis trombótica no bacteriana (ETNB) se caracteriza por la presencia de trombos estériles valvulares formados por depósitos de plaquetas y fibrina. La base fisiopatológica comprende dos mecanismos: lesión endotelial y estado de hipercoagulabilidad. La incidencia varía del 0,3 al 9,3% en series necrópsicas, predominantemente asociado a neoplasias de tipo adenocarcinoma y en especial secretoras de mucina. Presenta alta incidencia de fenómenos embólicos (42%), siendo los más frecuentes a nivel cerebral.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo unicéntrico de pacientes con diagnóstico clínico de ETNB valorados en una Unidad de Cardio-Onco-Hematología desde enero del 2018 hasta mayo del 2023.

Resultados: De 1.032 pacientes visitados en una Unidad de Cardio-Onco-Hematología en un periodo de 65 meses, se ha diagnosticado de ETNB a 4 pacientes (0,4%). En el 100% de los pacientes el diagnóstico se realizó en contexto de ictus múltiples con alta sospecha de etiología cardioembólica. En todos los casos el tipo de cáncer fue adenocarcinoma de pulmón estadio IV (PDL1 positivo 2-80%). Un 75% ya había iniciado tratamiento oncoespecífico (inmunoterapia ± carboplatino y perimetrexed, así como radioterapia antiálgica ósea y/o craneal). La mitad de los pacientes asociaban otros embolismos sistémicos (uno a nivel renal y uno a nivel renal y esplénico). El ecocardiograma transtorácico y transesofágico mostró la presencia de vegetaciones de tamaño pequeño (media de 6,5 mm), 75% en válvula aórtica y 25% en válvula mitral. Analíticamente destacaba la elevación constante del dímero D. El tratamiento anticoagulante al alta hospitalaria consistió en un 75% heparina de bajo peso molecular (HBPM) y en un 25% anticoagulantes orales directos (ACOD). En el seguimiento hubo un fallecimiento por progresión oncológica, sin recidivas de ictus isquémico y con un caso de ictus hemorrágico no fatal.

Conclusiones: Existe una baja incidencia de ETNB clínica, aunque probablemente esté infradiagnosticada. Es muy importante la sospecha clínica en los casos de ictus múltiples asociados a neoplasia metastásica, en especial al adenocarcinoma pulmonar. Se aconseja una búsqueda activa de vegetaciones estériles por ecocardiografía transtorácica y transesofágica para un correcto diagnóstico. El tratamiento anticoagulante con HBPM o ACOD es esencial para la prevención de recidiva del ictus y su consecuente morbilidad.