



4018-7. DIAGNÓSTICO DE CÁNCER TRAS EL SANGRADO EN PACIENTES ANTICOAGULADOS CON FIBRILACIÓN AURICULAR

María Cespón Fernández, Sergio Raposeiras Roubín, Emad Abu Assi, Isabel Muñoz Pousa, Marta Represa Montenegro, María Melendo Viu, Sonia Blanco Prieto y Andrés Iñiguez Romo

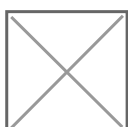
Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro, Vigo (Pontevedra).

Resumen

Introducción y objetivos: Los eventos hemorrágicos son frecuentes en pacientes con fibrilación auricular (FA) en tratamiento con anticoagulación oral (ACO), y puede ser la primera manifestación de un cáncer subyacente. La ACO puede ser considerada como un “test de sangrado” con potencial para revelar tumores ocultos y mejorar la detección temprana. El objetivo de este estudio es conocer hasta qué punto el sangrado permite el desenmascaramiento de un cáncer oculto en los pacientes con FA tratados con ACO.

Métodos: Se analizó una cohorte que incluía a todos los pacientes con 75 años o más, del área sanitaria de Vigo (Galicia) con el diagnóstico de FA entre 2011 y 2017 (registro CardioCHUVI-AF_75). Fueron excluidos para el análisis los pacientes sin tratamiento anticoagulante, con diagnóstico previo de cáncer y aquéllos con falta de seguimiento. Los sangrados fueron clasificados por severidad y localización. Se emplearon modelos de riesgos proporcionales de Cox.

Resultados: De los 8.753 pacientes con FA finalmente evaluados (edad media 82,7 años, 61,7% de mujeres), 2.171 (24,8%) experimentaron algún sangrado (mayor y no-mayor) y 479 (5,5%) fueron diagnosticados de cáncer durante un seguimiento de 3 años. Entre los 2.171 pacientes que experimentaron sangrados, 198 (9,1%) fueron diagnosticados de cáncer. Los pacientes que presentaron sangrados tenían un riesgo 3 veces superior de ser diagnosticados de cáncer, comparados con aquéllos sin sangrado (4,7 por 100 pacientes/año frente a 1,4 por 100 pacientes/año; HR: 3,72, intervalo de confianza del 95% [IC95%]: 3,05-4,55). El sangrado gastrointestinal (GI) se asoció a un riesgo 13 veces mayor de diagnóstico de cáncer (HR 13,44 [IC95% 9,11-19,85]). El sangrado genitourinario (GU) se asoció con un riesgo 18 veces mayor de diagnóstico de cáncer (HR 18,11 [IC95% 12,52-26,20]), y el sangrado broncopulmonar (BP) se asoció con un riesgo de 15 veces de presentar cáncer de nuevo diagnóstico (HR 15,78 [IC95% 6,03-41,28]). En relación a otros tipos de sangrado (no-GI, no-GU, no-BP) la HR para diagnóstico de cáncer fue 2,31 (IC95% 1,47-3,64).



Incidencia acumulada de cáncer en función de localización de sangrado.

Conclusiones: En pacientes con FA tratados con ACO, el sangrado GI, GU o BP se asoció a mayores tasas de cáncer de nuevo diagnóstico. Estos eventos hemorrágicos deberían ser estudiados precozmente como

marcadores de neoplasia en esas localizaciones.