

ESTADO DE HIPERCOAGULABILIDAD MALIGNO

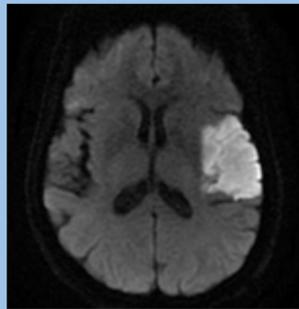
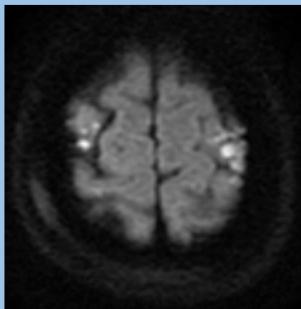
N.A. Sabbagh Casado; T. Rodríguez Ares; R. Alonso Redondo; C.F. Da Silva França; M. Rodríguez Rodríguez; L. Álvarez Fernández; M. Guijarro del Amo; M. Alberte Woodward; J. González Ardura; F. Brañas Fernández; R. Pego Reigosa
Hospital Universitario Lucus Augusti (Lugo)

Introducción

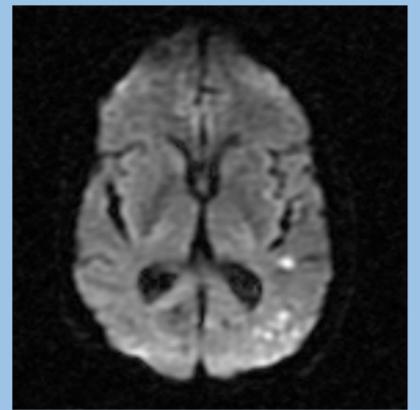
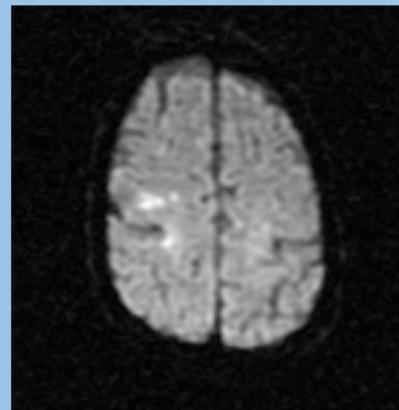
Las enfermedades cerebrovasculares constituyen en España la segunda causa de mortalidad y la primera de discapacidad. La etiología se divide mayoritariamente en aterotrombóticos, cardioembólicos, hemodinámicos y lacunares, pero dada su alta incidencia y el aumento de esperanza de vida de la población se detectan cada vez más etiologías menos frecuentes

Casos clínicos

Mujer de 71 años, hipertensa, que es encontrada en su domicilio con bajo nivel de conciencia. A su llegada se encuentra vigil, con clínica de afectación hemisférica izquierda extensa. En la resonancia magnética (RM) además de infartos agudos en territorio de arteria cerebral media (ACM) izquierda, se demuestran infartos agudos en territorio de ACM derecha, arteria cerebral posterior izquierda y ambos hemisferios cerebelosos. Durante el ingreso presenta episodio de disnea y dolor precordial.



Varón de 78 años hipertenso, dislipémico y fumador ocasional, que consulta por pérdida de fuerza en extremidades izquierdas; en las semanas previas refería cefalea y varios episodios de amaurosis fúgax bilateral. En la RM se demuestra infarto en el territorio de ACM derecha y en el ecocardiograma se observa prolapso de la válvula mitral.



Resultados

El estudio cardiológico resultó normal. Por el episodio de disnea y dolor se realizó angioTC pulmonar que demostró tromboembolismo pulmonar y posteriormente una ecografía de extremidades inferiores que mostró una trombosis venosa profunda. Dado el estado de hipercoagulabilidad se solicitó TC tóraco-abdomino-pélvico en el que se detectó una carcinomatosis peritoneal. Tras la búsqueda de tumor primario se diagnosticó de carcinoma de endometrio con estado de hipercoagulabilidad secundario.



Se amplió el estudio con ecocardiograma transesofágico en el que se encontró una vegetación sobre la válvula mitral. Ante la ausencia de fiebre y negatividad de hemocultivos se solicitó TC tóraco-abdomino-pélvico donde se visualizó masa pulmonar, con diagnóstico final de carcinoma pulmonar y endocarditis marántica secundaria.



Conclusiones

Los tumores pueden ser causa de ictus isquémico por múltiples mecanismos:

- Endocarditis trombótica
- Embolismo tumoral
- Coagulación intravascular
- Infección del SNC
- Trombosis venosa cerebral
- Consecuencia del tratamiento
- Compresión/infiltración vascular

Por el aumento de edad media poblacional y mejoría de las condiciones socio-sanitarias será cada vez más frecuente encontrar pacientes con etiología tumoral.

Bibliografía

- J. Díaz-Guzmán, J.A. Egido-Herrero, B. Fuentes, C. Fernández-Pérez, R. Gabriel-Sánchez, G. Barberà, S. Abilleira, en representación del Proyecto Ictus del Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología (2009); Incidencia de ictus en España: estudio Iberictus. Datos del estudio piloto; REV NEUROL 2009;48:61-65.
- Cestari DM, Weine DM, Panageas KS, Segal AZ, DeAngelis LM (2004). Stroke in patients with cancer: incidence and etiology. Neurology. 8: 2025-30.
- Collins RC, Al-Mondhiry H, Chernik NL, Posner JB (1975). Neurologic manifestations of intravascular coagulation in patients with cancer. A clinicopathologic analysis of 12 cases. Neurology. 25: 795-806.