

# IV FORUM MULTIDISCIPLINAR de la Enfermedad Tromboembólica

8-10 Mayo 2008 · Centro de Congresos · Clutat d' Elx / Elche · Alicante



Plan de Calidad  
Sistema Nacional  
de Salud

VIERNES 9 MAYO

Moderadora:

**Dra. Raquel Barba Martín**

Directora Médica

Hospital del Sur. Parla, Madrid

Paciente con síndrome constitucional y edema en miembro superior

**Dr. José Antonio Todolí Parra**

Servicio de Medicina Interna

Hospital Universitario La Fé. Valencia

**FUENTE**  
Fundación para el Estudio  
de la Enfermedad Tromboembólica en España

Capítulo Español  
de Flebología



# CASO CLINICO. MSM. 23-5-2004

- Varón. 57 años.
- Hernias discales cervicales.
- Ex-fumador (hace 12 años)
  
- Edema en cara y cuello de un mes de evolución
- Astenia, anorexia y pérdida de 15 kg en el último año
- Dolor en hemitórax derecho tras caída

# Exploración física

- PS 1. IK 90. Peso 80 kg. Talla 160 cm
- **Ingurgitación yugular bilateral**
- **Edema en cuello y cara**
- ACP normal
- Abdomen normal
- No adenopatías
- No edemas

# Exploraciones iniciales

- 6600 leucos (60 % N 29 % L)
- Hb 12.3 g/dl      Plaq 219.000 / mm<sup>3</sup>
- Bioquímica: PT 5.2 g /l . Resto normal  
LDH 428      Calcio 8.4      Creat 0.9  
GOT 12      GPT 35      FA 52
- Hemostasia normal. Dímeros no determinados

# DIMEROS EN TVP MMSS

## RIETE H.U. LA FE

### ■ IL Test D-dimer:

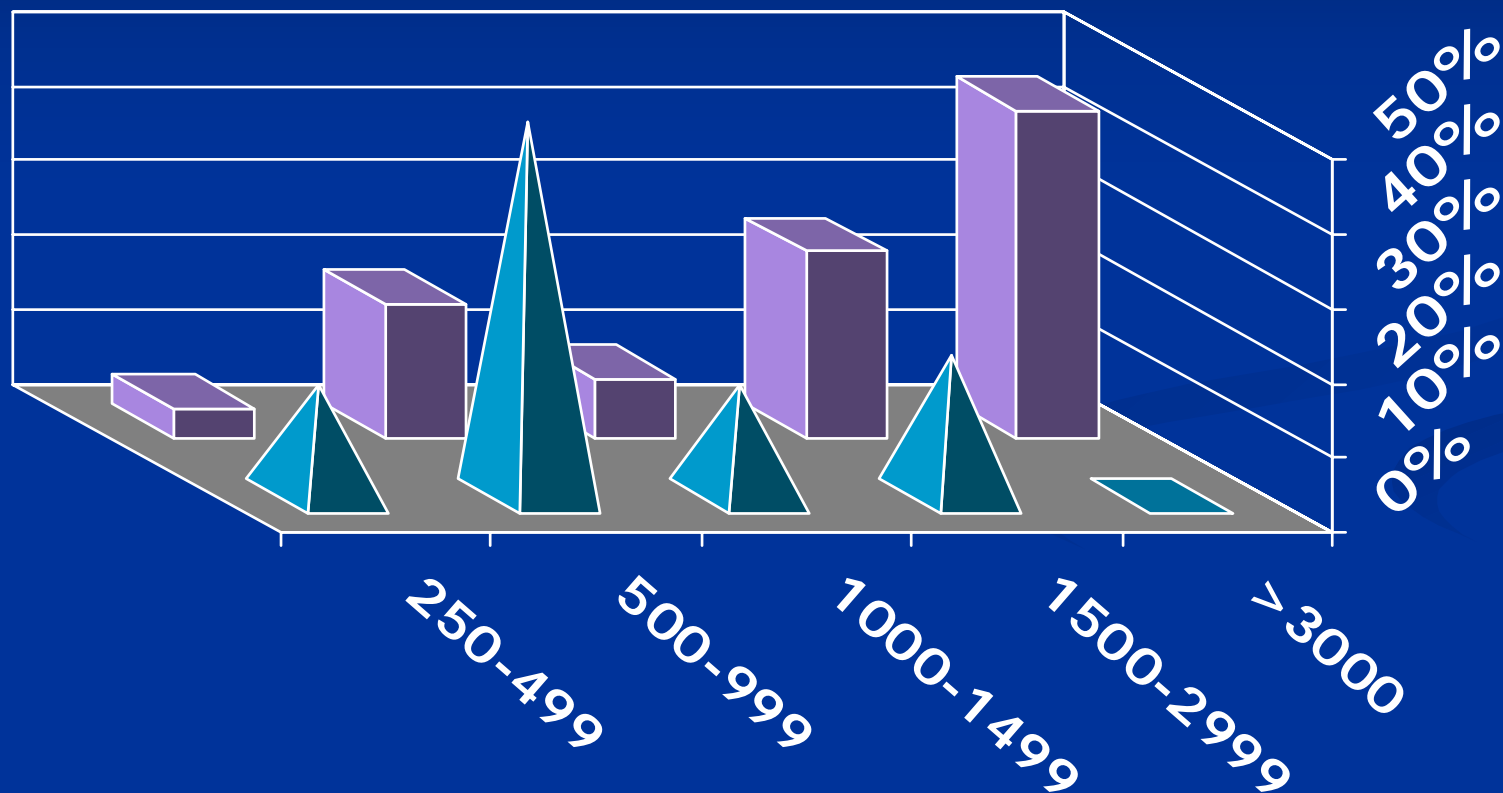
- Cuantitativo, automatizado, látex, turbidométrico
- VPN 90%    S 98'4 %    E 33'3 %

*Villa P, Ferrando F et al. Haematologica 2000;  
85:520*

- MMSS: 26 / 32 positivos (81 %)
- MMII: 421/443 positivos (95 %)

# DIMEROS EN TVP MMSS

## RIETE H.U. LA FE

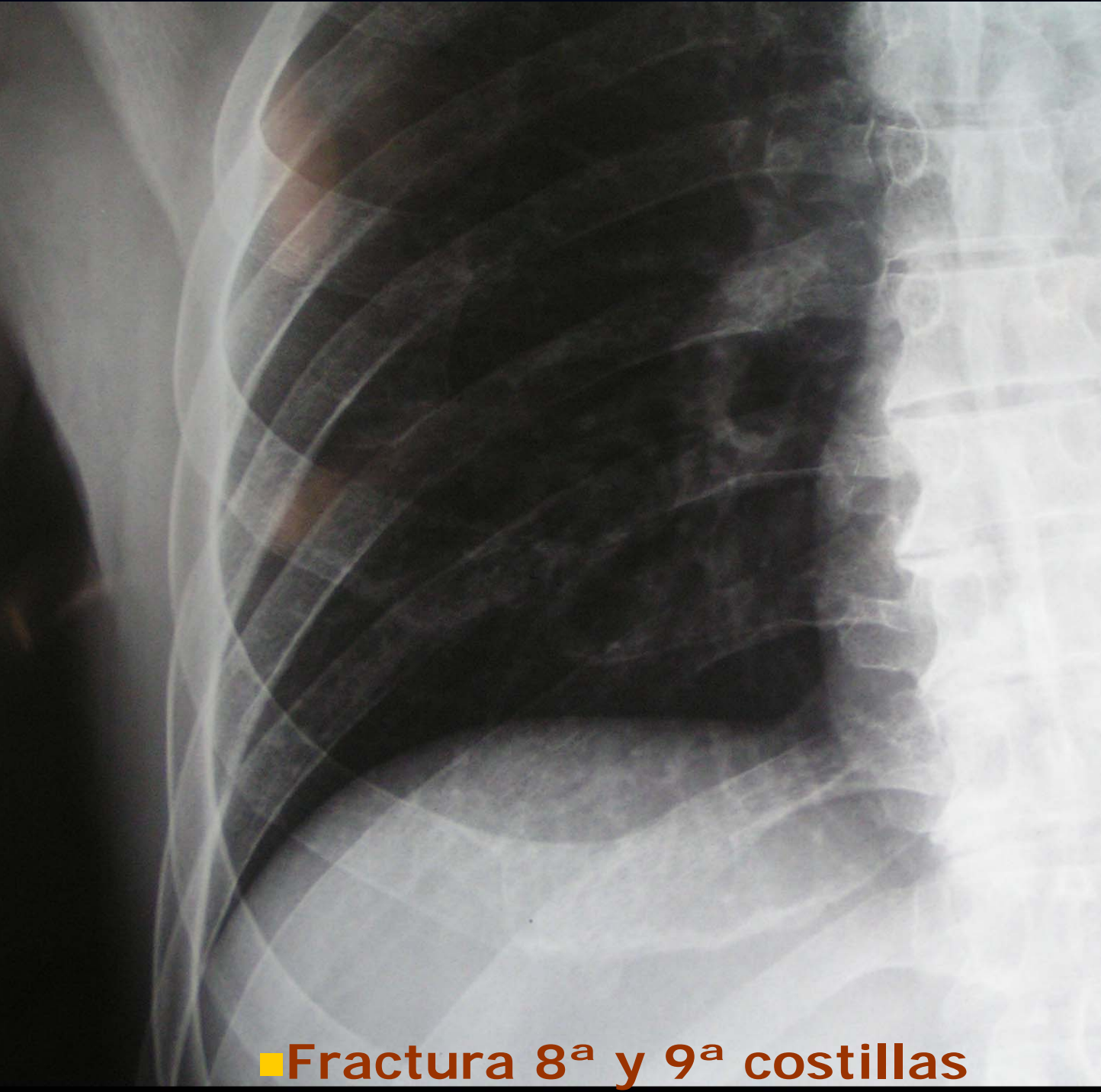


■ MMSS ■ MMII



23/05/2004

RA  
HOSPITAL LA FE



Rx parrilla  
costal

23-5-2004

■ Fractura 8<sup>a</sup> y 9<sup>a</sup> costillas



# Valoración Urgencias (1)

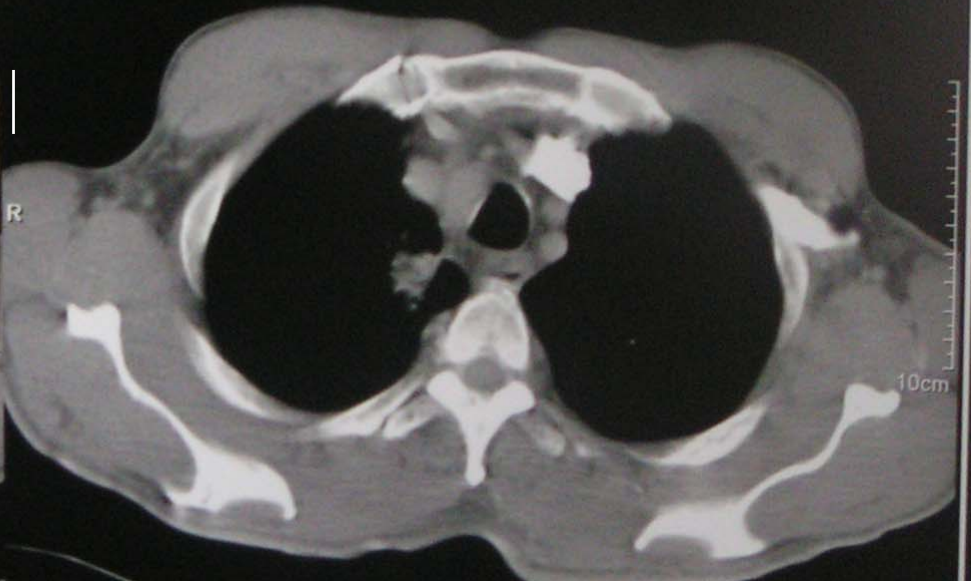
- Síndrome de vena cava superior
  - ¿Compresión?
  - ¿Trombosis?
- Síndrome constitucional
- Fracturas costales
  
- Ingresa para estudio:
  - TAC cuello-tórax-abdomen-pelvis
  - Rastreo óseo
  - Marcadores tumorales

# Tratamiento inicial

- Corticoides
- Enoxaparina profiláctica
- Analgésicos

74  
/46  
04  
19.29  
6  
12.0

\*12/10/46  
25/05/04  
11:34:19.49  
5 IMA 7  
SP -490.0



W 500 kV 120

**25 MAYO 2004 TAC INICIAL**

SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO ADULTOS

Nombre  
Apellidos  
Fecha Nacimiento:

N.H.C:  
N.I.R:  
N.S.S:

Servicio Peticionario: MEDICINA INTERNA  
Medico Solicitante :  
Diagnóstico : 143058649

SALA DE HOSPITALIZACION  
Cama : 1033B

25 MAYO 2004 TAC INICIAL

Exploraciones:

TC202C TAC CUELLO CONTRASTE  
TC430C TAC TORACO-ABDOMINO-PELVICO

Informe Radiológico:

J.C: edema de cuello, síndrome constitucional.

Informe:

No hay adenopatias ni masas cervicales.  
Nodulo apical derecho de tamaño inferior a dos cm en contacto con pared pleural costovertebral sin calcio ni cavitacion.  
Pequeña adenopatía pretraqueal derecha que parece comprimir la cava superior.

No hay otras lesiones en parenquima ni en mediastino.  
No se ven lesiones focales hepaticas ni suprarrenales .  
Riñones, suprarrenales y páncreas sin hallazgos valorables.

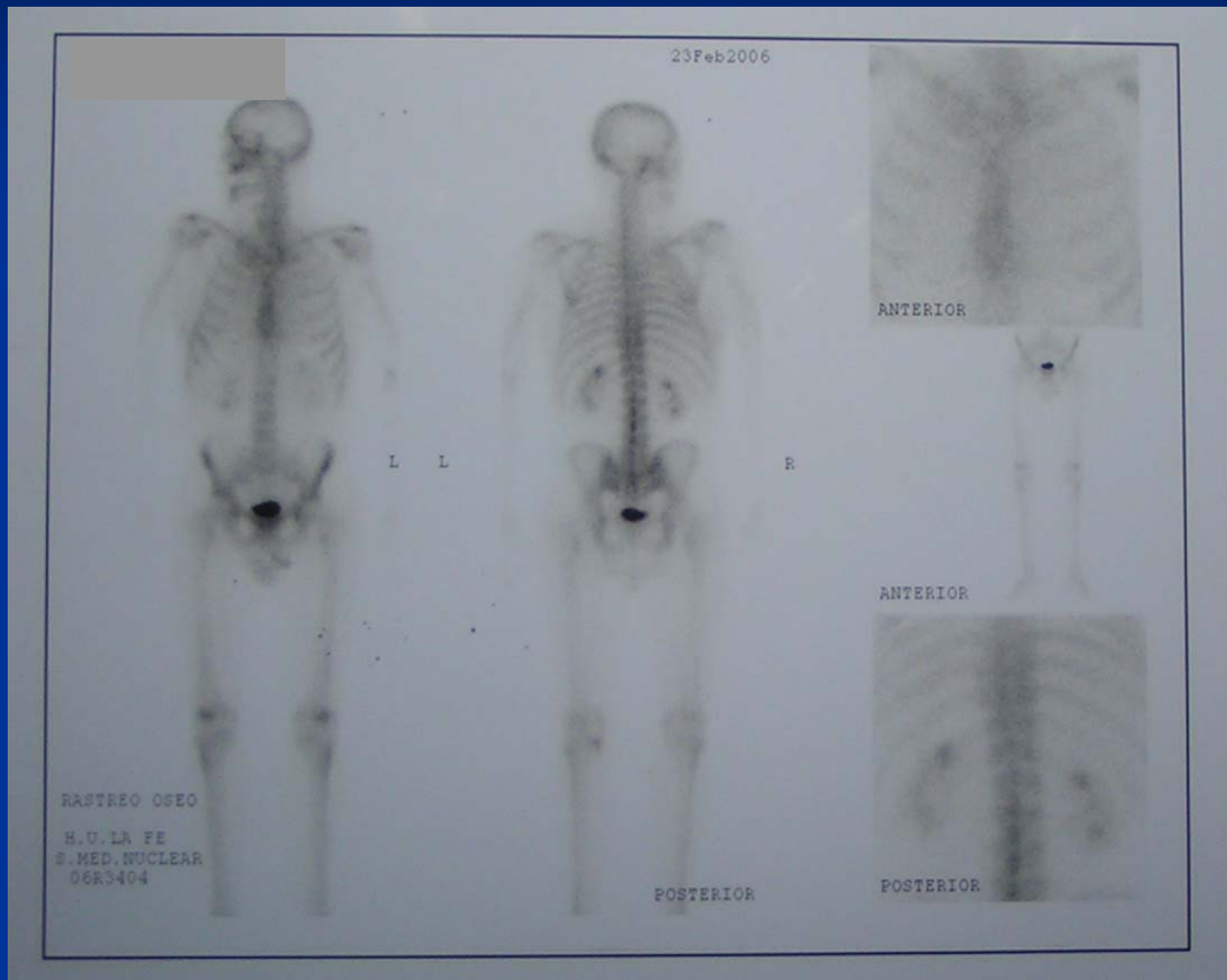
No adenopatias en las cadenas ganglionares abdominales, ni pélvicas.

## MARCADORES TUMORALES

*Estos valores de referencia no son absolutos. La interpretación de los resultados con respecto a estos valores compete EXCLUSIVAMENTE al facultativo que solicita estas pruebas:*

AG CARCINOEMBRIONARIO	*	593.5	ng/ml	[ 0 - 5 ]
ALFAFETOPROTEINA		2.3	ng/ml	[ 0 - 10 ]
AG CARBOHIDRATO 19.9		<2.00	U/ml	[ 0 - 37 ]
B2 MICROGLOBULINA		0.9	mg/l	[ 0 - 2.5 ]

Enema opaco normal



**No metástasis óseas**

# Valoración (2)

- Síndrome de vena cava superior
  - ¿Mecanismo?
  
- Nódulo pulmonar. ¿Neo?
- Fracturas costales traumáticas
  
- Estudio:
  - 1) Confirmar malignidad:  
Broncoscopia- PAAF nódulo pulmonar
  
  - 2) Etiología SVCS (¿trombosis, compresión, ambas?:  
RMN vascular-PET

[Redacted]

M. INTERIA  
1023B 0 28/05/2004

187174C

### INFORME DE BRONCOSCOPIA

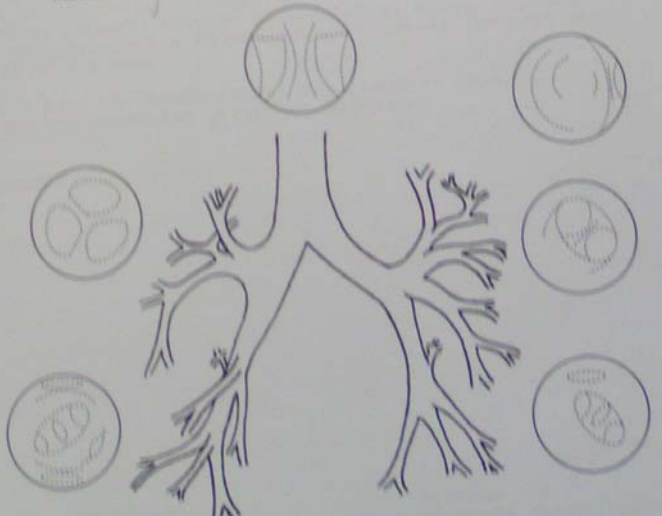
Cuerdas vocales móviles. Tráquea y carina normal. Arbol bronquial izquierdo normal. Arbol bronquial derecho presenta segmentarios de calibre y disposición normal con una mucosa de aspecto normal y carina también afinadas.

Se toma aspirado para citología.

CONCLUSIÓN: Endoscopia normal.

*[Signature]*  
Tit. Dr. Manuel Mediano Atapont  
Médico Residente

*[Signature]*  
VIR. Dr. Enrique Cases Viedma  
Médico Adjunto



# BRONCOSCOPIA NORMAL



### **Descripción Microscópica:**

El material obtenido consiste en 3 ml. de líquido rosáceo y fluido que se centrifuga y extiende para estudio citológico.

Está constituido por fondo hemático con macrófagos y algunos PMN.

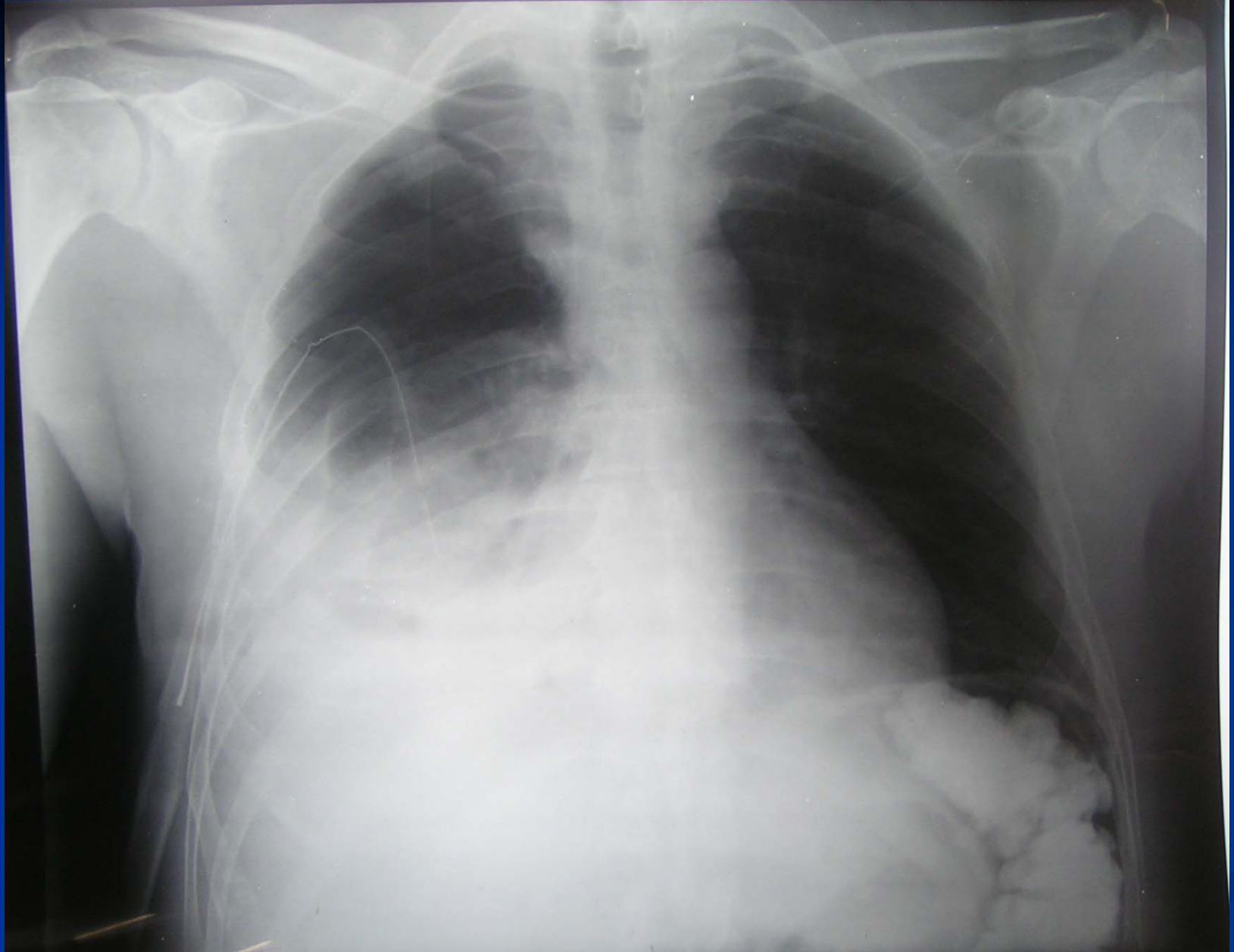
Con la tinción de Papanicolau se observa un grupo de células de aspecto epitelial, con citoplasmas ausentes o microvacuolados, con cromatina grumosa.

### **DIAGNÓSTICO CITOLÓGICO:**

PAAF NODULO PARAVERTEBRAL L.S.D. PULMONAR:

- Tumorción quística con imágenes citológicas altamente sugestivas de malignidad.

**PAAF transtorácica no guiada por TAC**



**NEUMOTORAX**

## R.M. VASCULAR TORACICO.

### Indicación:

Síndrome vena cava superior en TAC masa apical derecha menor de 2 cm. Valoración de afectación vascular.

### Técnica:

Planos coronales, axiales y sagitales SE, FSE, saturación grasa T1 DP T2.

### Informe:

En el presente estudio se identifica un nódulo de aproximadamente 2'8 cm. de diámetros máximos de morfología ovalada en íntimo contacto con la pleura apical derecha en su vertiente más medial, la cual se muestra separada del apex torácico por un neumotorax de aproximadamente 3 cm. de diámetro craneocaudal del nódulo a la superficie torácica, probablemente secundario a la punción de dicho nódulo.

Dicho nódulo muestra intensidad de señal sólido y probablemente corresponda a un origen neoplásico.

Pequeño hidroneumotorax posteroapical identificando asimismo aire subcutáneo y a nivel de fascias musculares en región de pectoral derecho en relación a enfisema.

No se objetiva una clara masa mediastínica que condicione infiltración de la vena cava ni troncos venosos aunque sí existe un defecto de replección tanto de la cava superior como del tronco venoso izquierdo y subclavia izquierda, la cual asimismo se muestra aumentada de calibre probablemente trombosada con defectos de replección asimismo algo más parcheados en la subclavia derecha.

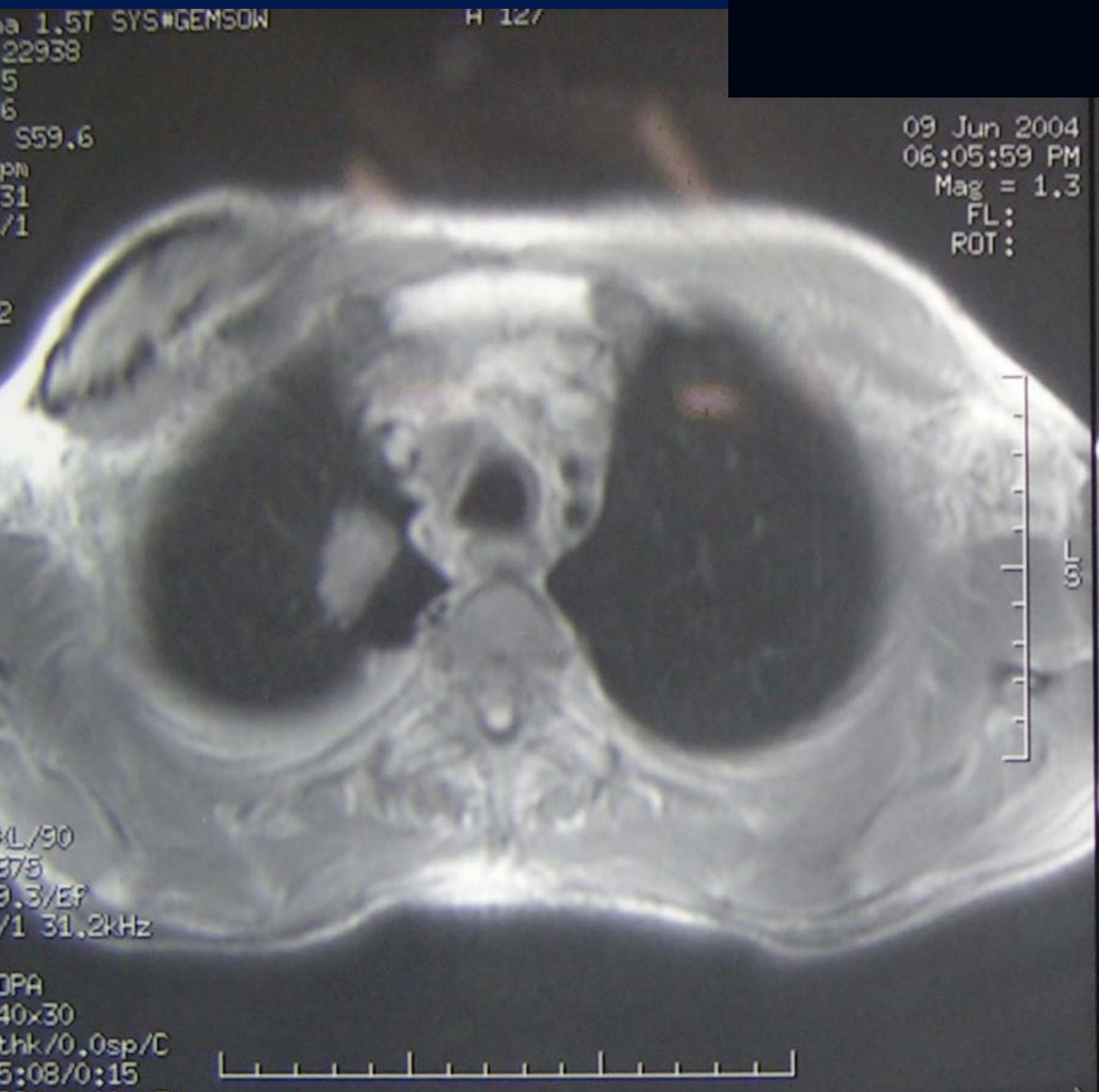
Se identifica flujo filiforme en la pared lateral de la cava superior y buen relleno de la cava más distal a nivel de su entrada en aurícula derecha.

Estructuras vasculares arteriales estrictamente normales.

Circulación colateral a nivel del cayado de la aórtica y venas intercostales así como también a nivel de la pared torácica de predominio anterolateral izquierdo.

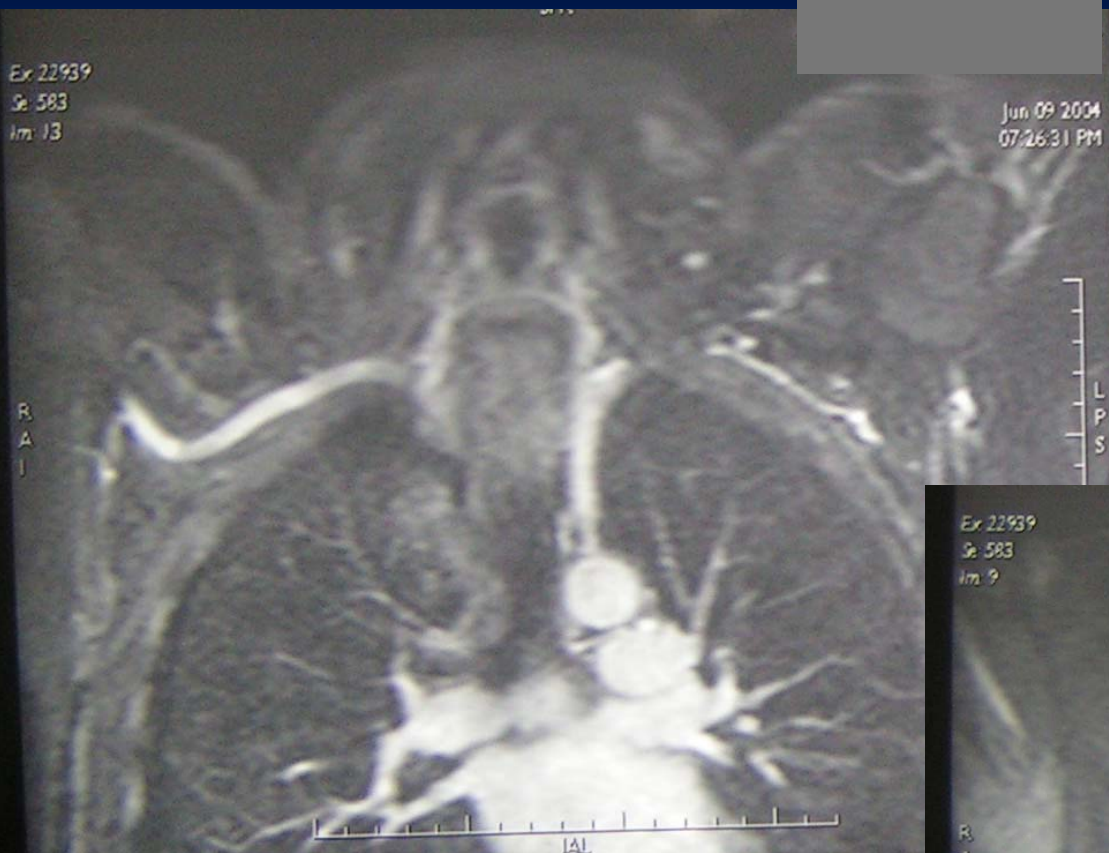
Sin otros hallazgos de interés.

# RMN VASCULAR TORACICA



9-6- 2004

# RMN VASCULAR TORACICA 9-6- 2004



# TVP MMSS- REGISTRO RIETE

Sept 2006: 11.564 pac.



- 512 TVP MMSS ( 4,4 %) vs 11.052 TVP MMII
- 59 % varones (MMII 52 % p sig)
- EM: 54 años (MMII 66 p sig). **Peso menor**
- 45 % lado izquierdo, 4 % bilateral
- 51 % derechas (MMII más izq p sig)

# TVP MMSS- REGISTRO RIETE



	Upper-Extremity DVT	Lower-Extremity DVT
<u>Risk factors for VTE</u>		
Immobility $\geq$ 4 d	70 (14)	2,808 (25)*
Surgery < 2 mo	69 (14)	1,326 (12)
Prior VTE	36 (7.0)	1,898 (17)*
Cancer	196 (38)*	2,226 (20)

\*p 0.001

# TEP CLINICO EN TVP DE MMSS



- 46 EPISODIOS (9 %) vs 3.186 (29 %) en MMII
- OR 0.24 (0.18-0.33)  $p < 0.001$
- TEP RECURRENTE: 1.8% vs 1.2 % p NS
- TEP FATAL:
  - Fatal Inicial: 0 % (vs 0.5%) p NS
  - Fatal recurrente: 1 (0.2 %) vs 43 (0.4 %) p NS



# Evolución a los 3 meses



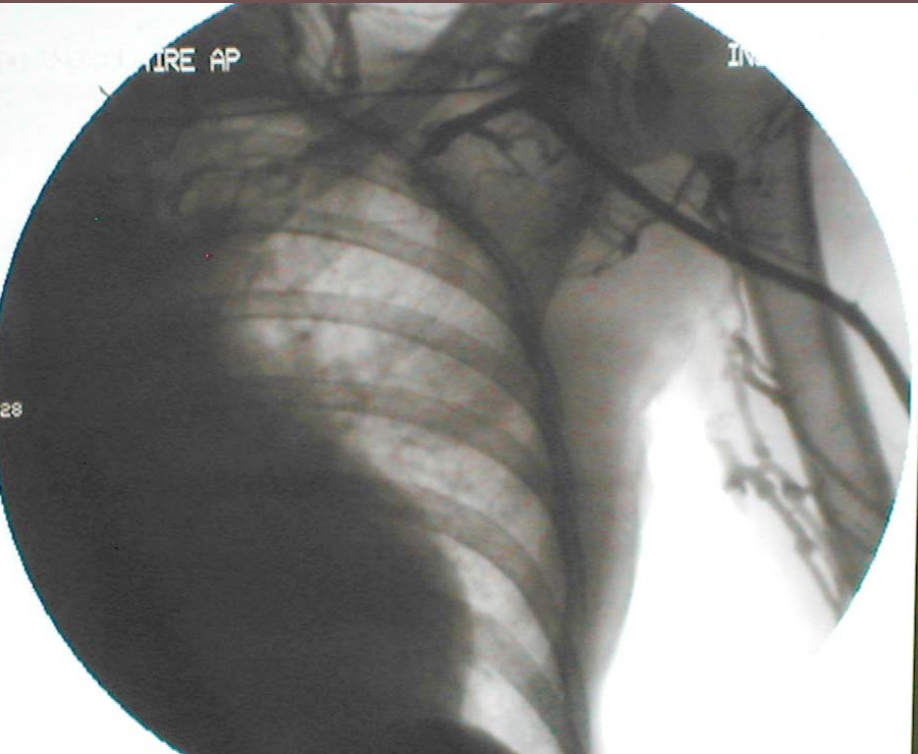
- Mortalidad: 54 (11 %) vs 769 pac (7%) p 0.002
- Evento\* en MMSS (30 pacientes)
  - >55 años. Cáncer, y TEP (univariado)
  - Cáncer (multivariado OR 3)

\* Recurrencia TVP, TEP o sangrado mayor

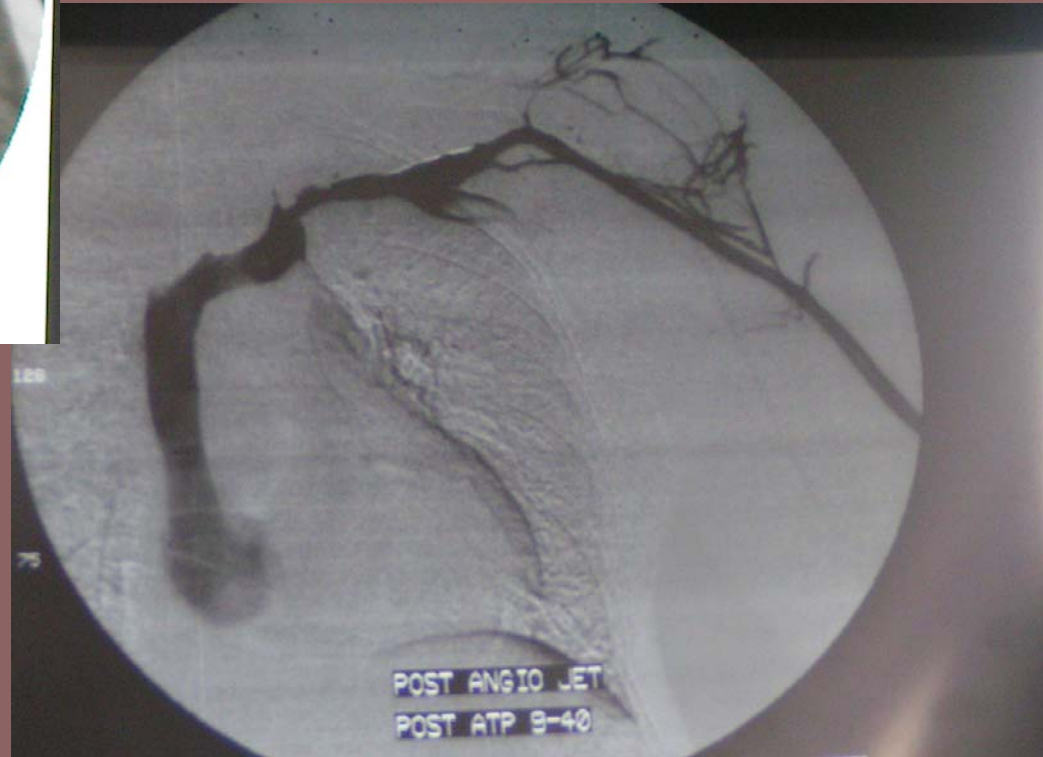
# Tratamiento inicial TVP caso clínico

- Enoxaparina 1 mg /kg cada 12 horas
- ¿Tratamiento endovascular?

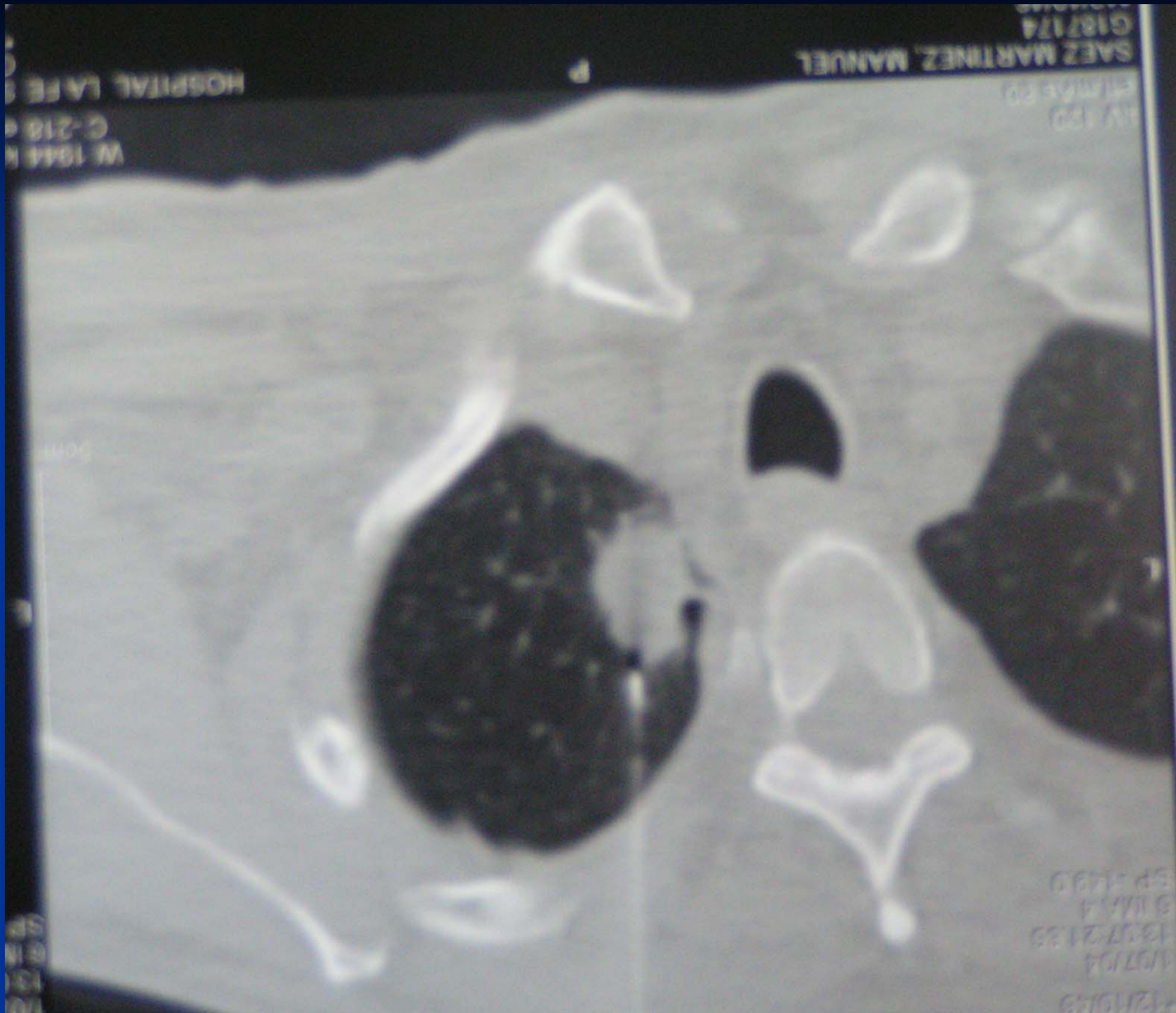
# ¿TRATAMIENTO ENDOVASCULAR?



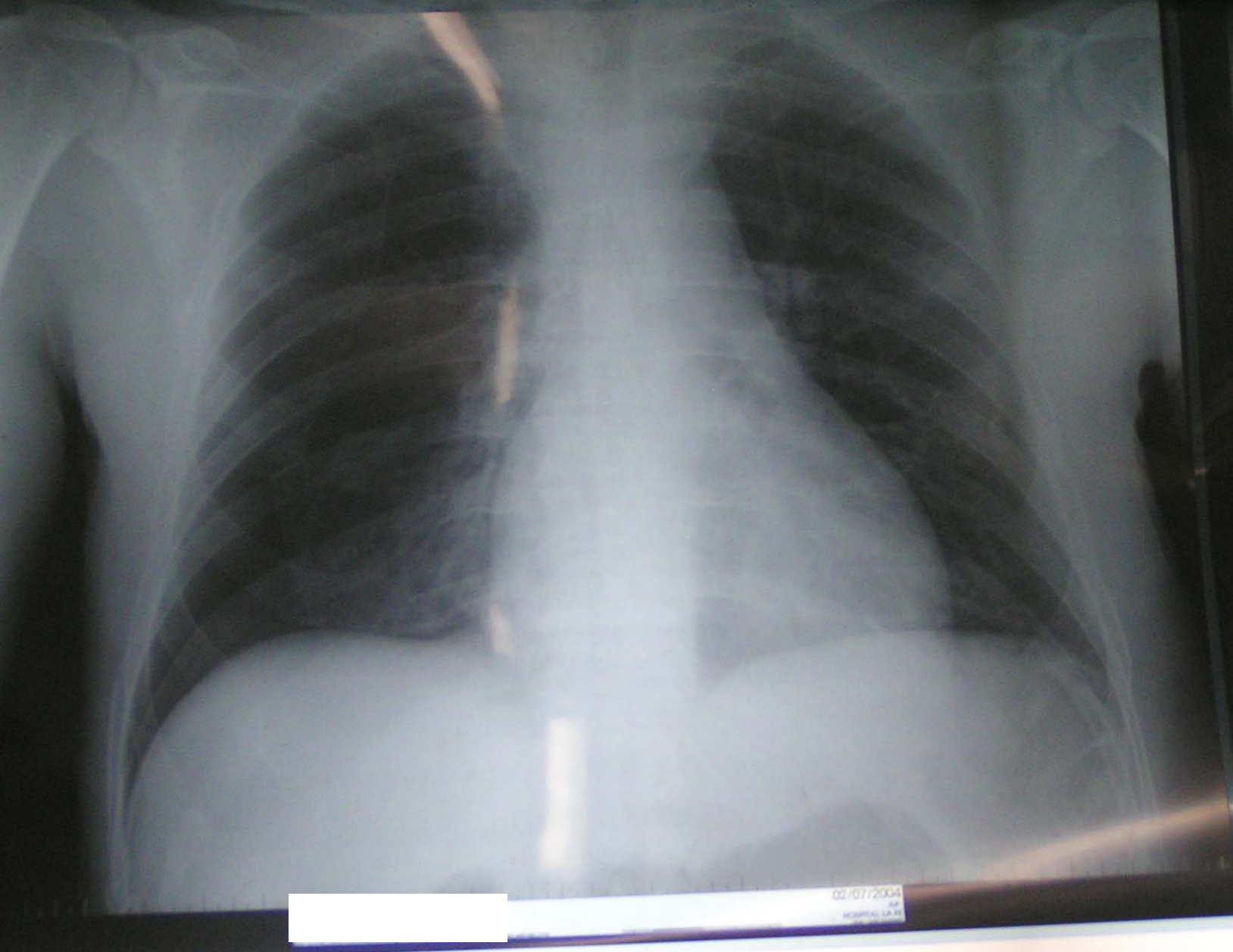
- Fibrinolíticos locales (UK. STK)
- Trombolisis mecánica (angiojet)
- Angioplastia con balón



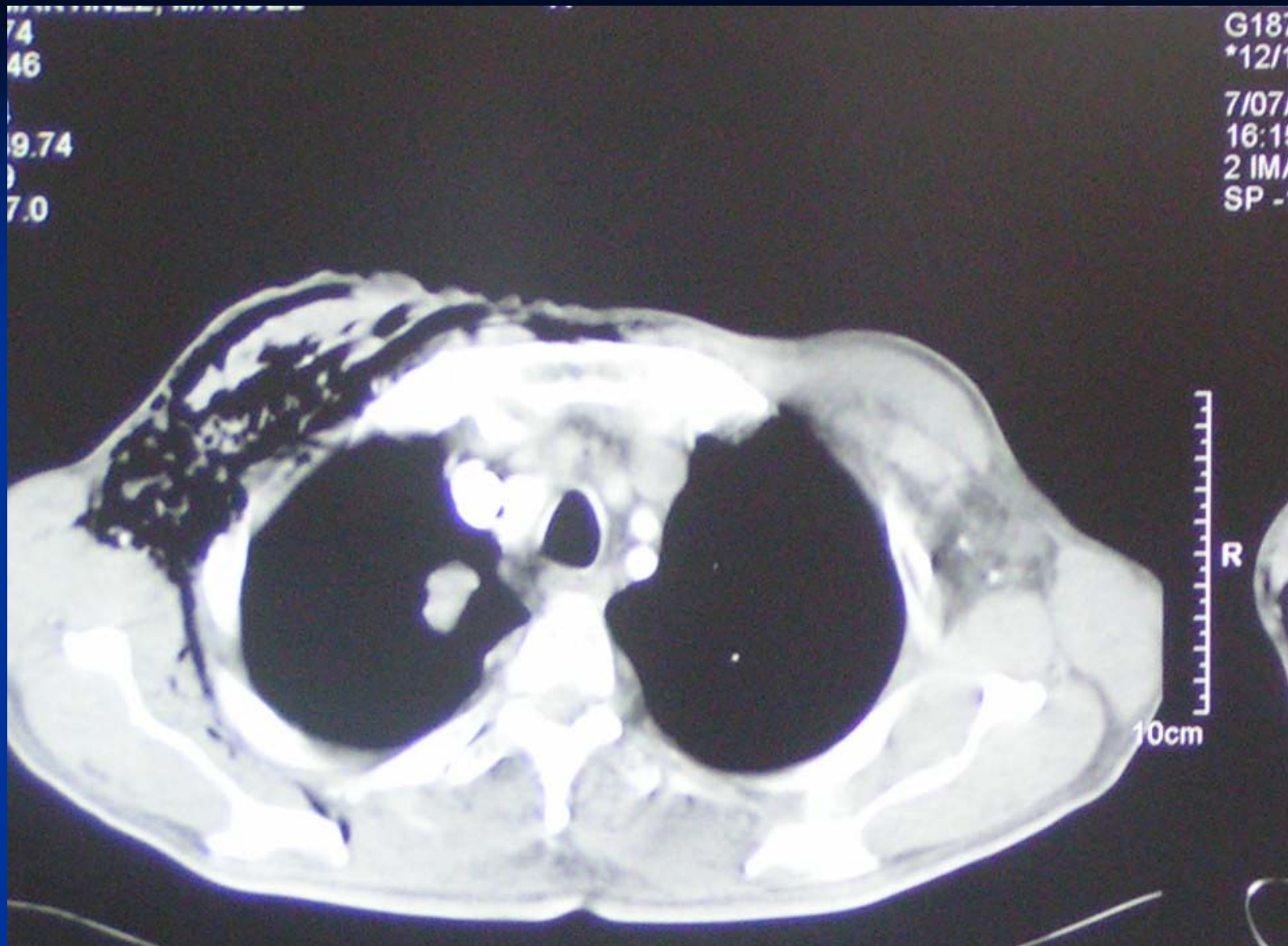
MTGP



**1 julio 2004: PAAF Y BIOPSIA GUIADAS POR TAC**



**NEUMOTORAX Y ENFISEMA SUBCUTANEO TRAS PAAF  
GUIADA POR TAC**



**NEUMOTORAX Y ENFISEMA SUBCUTANEO TRAS PAAF  
GUIADA POR TAC**

### **Descripción Microscópica:**

Las extensiones recibidas muestran células atípicas, con baja cohesividad, dispersas, generalmente carentes de citoplasma y con cierta necrosis.

Estas células muestran pleomorfismo nuclear, y nucleolo ocasional. Se acompaña de necrosis.

### **DIAGNÓSTICO CITOLÓGICO:**

**1 julio 2004 PAAF GUIADA POR TAC**

PAAF NODULO PULMONAR L.S.D.:

- Imágenes citológicas compatibles con carcinoma de células grandes (no microcítico).
- Necrosis.

### **Descripción Macroscópica:**

Dos fragmentos grisáceos blandos de menos de medio mm. I.T. AFS

**1 julio 2004 BIOPSIA GUIADA POR TAC**

### **DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO:**

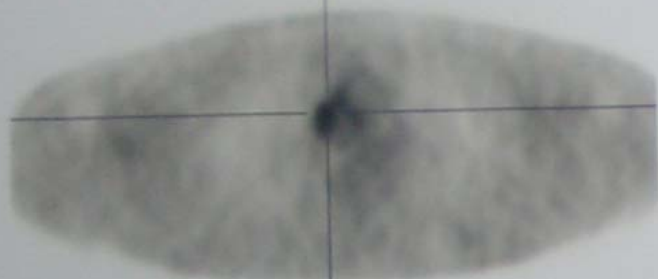
\* Pulmón, lóbulo superior derecho, biopsia por punción:

- Minúsculos fragmentos de tejido conjuntivo y apenas células epiteliales de núcleo hipertrófico.
- Material insuficiente para diagnóstico morfológico.

Aconsejamos repetir la toma.

# PET

72 Transaxial



64 Coronal



63 Sagittal



29 JUNIO  
2004





SERVICIO PET – MEDICINA NUCLEAR

Apellidos y Nombre: [REDACTED]

Procedencia:

SERVASA

Exploración:

TOMOGRAFÍA DE EMISIÓN DE POSITRONES

Fecha:

29-06-04

Historia:

[REDACTED]

INFORME:

Hemos realizado rastreo de cuerpo entero tras la administración de una dosis de 10.05 mCi de  $^{18}\text{F}$ FDG según técnica habitual.

Se aprecia un foco hipermetabólico en segmento apical del lóbulo superior derecho, coincidiendo con el nódulo pulmonar conocido, que presenta un SUV de 3.4 g/ml, sugestivo de malignidad. Adicionalmente se observa una masa hipermetabólica en mediastino (SUV= 6.1 g/ml), que se proyecta sobre espacio pretraqueoretrocava, compatible con infiltración adenopática.

No se objetiva mayor extensión de la enfermedad.

Atentamente,

Dr E. Uruburu

Dr C. Martínez

Valencia, 29 de junio de 2004

## Valoración (3)

- Carcinoma pulmonar no microcítico
- TVP CAVA SUPERIOR Y SUBCLAVIA izq

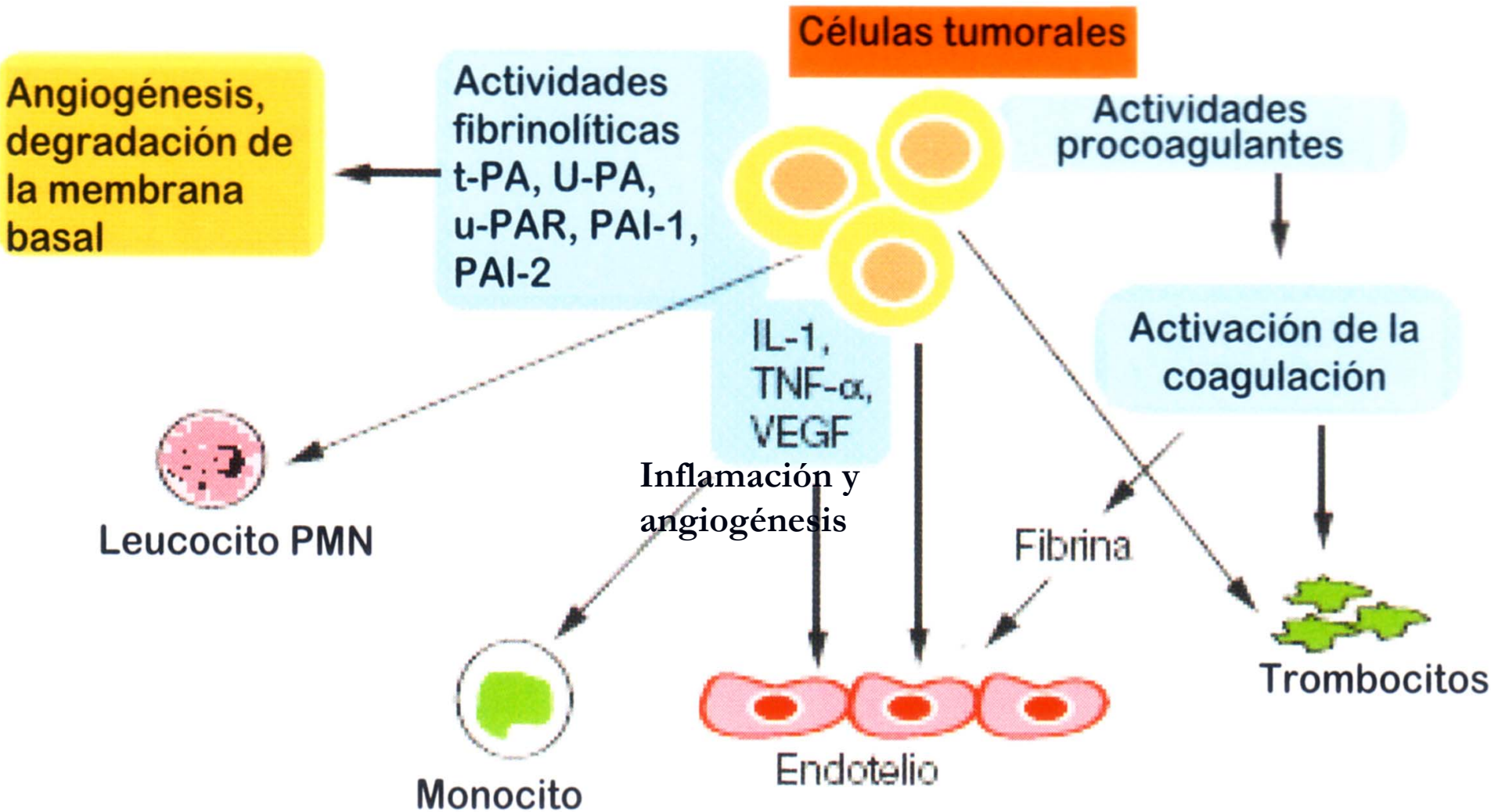
Mecanismo protrombótico (TAC y RMN)  
¿Componente compresivo? (PET)

# CANCER Y TVP

- Patogenia:
  - Estasis (inmovilidad, compresión)
  - Alteraciones hemostasia (procoagulantes, Prot C, AT III, factor tisular,...)
  - Daño endotelial (QT, invasión vascular, catéteres)
  
- Cáncer y TVP: OR 6.5

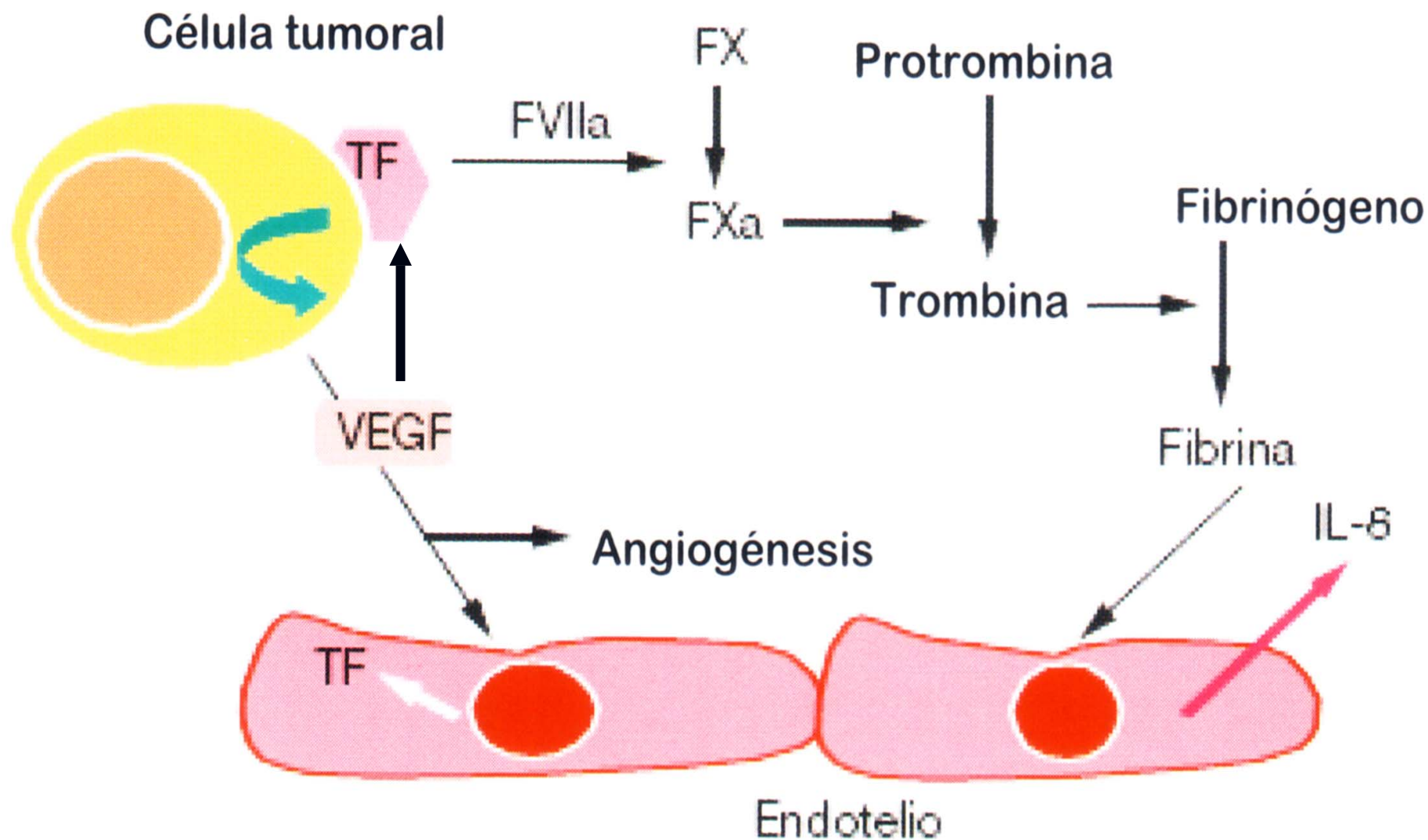
Arch Int Med 200; 160: 809

*Mecanismos procoagulantes y angiogénicos de la célula tumoral.*  
*Modificada de Falanga y Rickles, New Oncology Thrombosis, 2005*



# Factor tisular en la hemostasia y la angiogénesis.

Modificada de Rickles y Falanga, *Thromb Res* 2001; 102: 215-224



# CANCER Y TVP DE MMSS



- Pulmón 28%, Mama 15%, Colon 13 %
- La TVP asociada a catéter fue más frecuente en el grupo con cáncer (53 % vs 39 % OR 1.7)
- Tratamiento:
  - 75 % de tratamiento a largo plazo con HBPM (vs 75 % con anti vit K en "no cáncer")

# CANCER Y TVP DE MMSS



- Evolución a los 3 meses (vs MMII):
  - Aumento incidencia de sangrado mayor:
    - 4.1 % vs 0.9 % OR 4.4
  - Mayor mortalidad
    - 22% vs 3.5 % OR 7.8

# CANCER Y TVP DE MMSS- Conclusiones RIETE



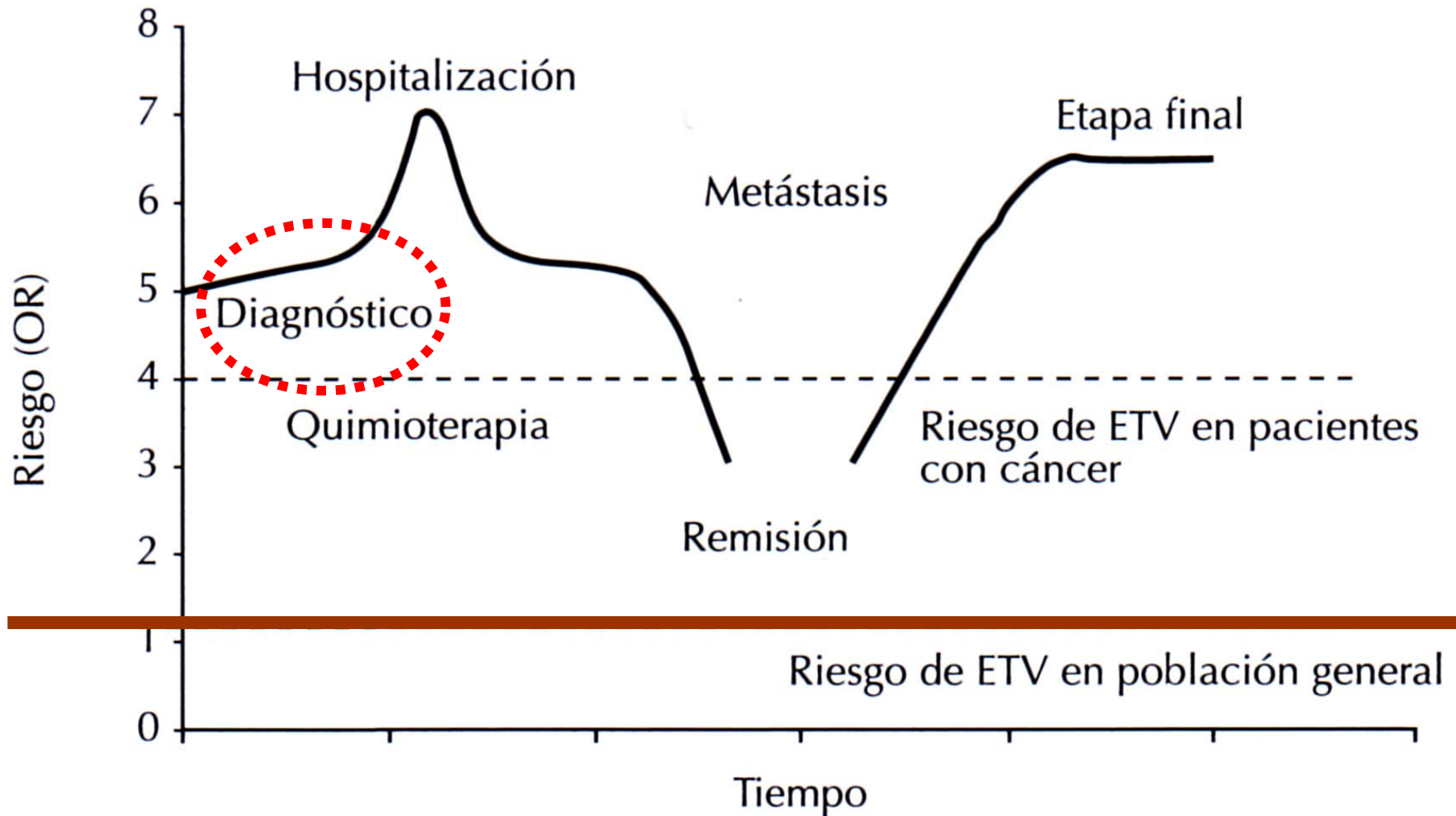
- Peor evolución que el resto de TVP de MMSS (no cáncer, catéter) aunque la presentación inicial no es más grave
  - Más sangrado
  - Más recurrencias
  - Más mortalidad
- Elevado porcentaje de tratamiento a largo plazo con HBPM



# ¿Tratamiento a largo plazo de la TVP?

- ¿HBPM?
- ¿Anticoagulantes orales?

# RIESGO DE ETV Y CANCER: PROCESO DINAMICO



# Consideraciones Tratamiento de la ETV en pacientes con cáncer (I)

- Más recurrencias (21 % año)
- Más sangrado (12 % año)
- Más mayores
- QT-Trombopenia-Trombosis
- Procedimientos invasivos
- Calidad de vida
- Supervivencia

# TVP – CANCER - QUIMIOTERAPIA

## ■ Ejemplo:

### Incidencia de TVP en CANCER DE MAMA

1.- Tamoxifeno tras cirugía: 0. 2 % anual

2.- Ganglios positivos:

■ Tamoxifeno: 1.6 %

■ Doxo-CFM-Tamo: 3.1 %

■ CFM-MTX-5FU-Tamo: 7 %

3.- Estadio IV con QT: 17.6 %

*J Clin Oncol 2000; 18:3748*

*Circulation 2003;107:I-17-I-21*

# Consideraciones Tratamiento de la ETV en pacientes con cáncer (II)

## ■ Sintrom:

- Accesos venosos
- No disminuye recurrencias
- Más difícil control de INR:
  - Interacciones
  - Mucositis-diarreas
- Más sangrado

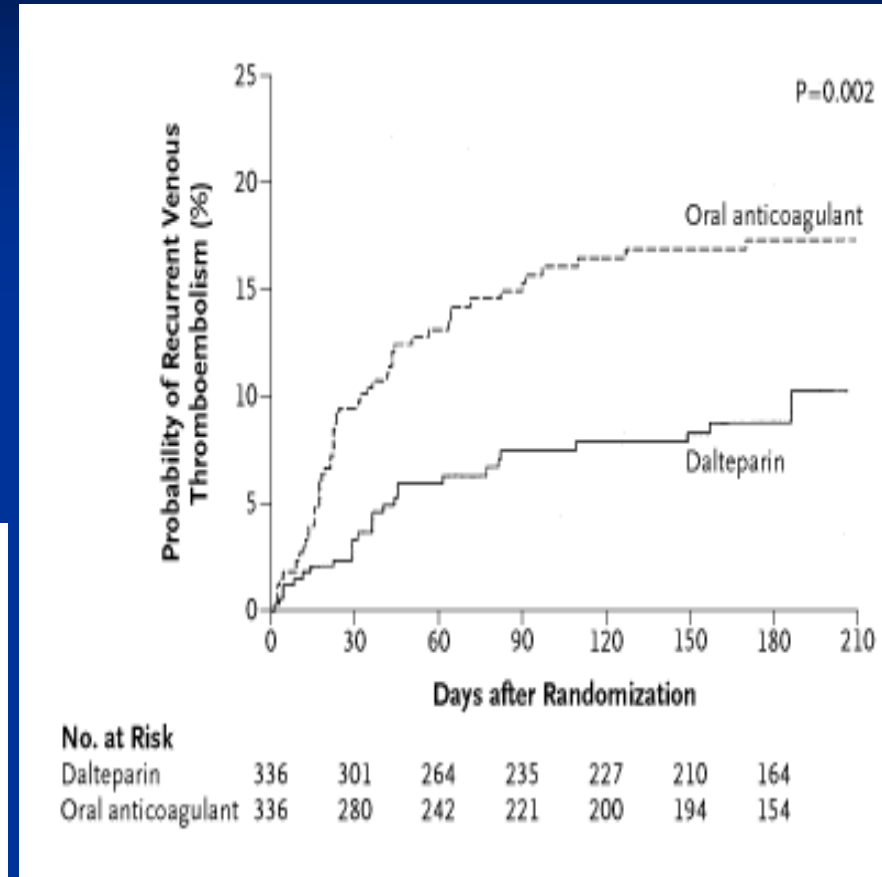
## ■ HBPM:

- Menos recurrencias
- No más sangrado
- 1 dosis ajustada al peso. No monitorización
- ¿Mayor supervivencia?

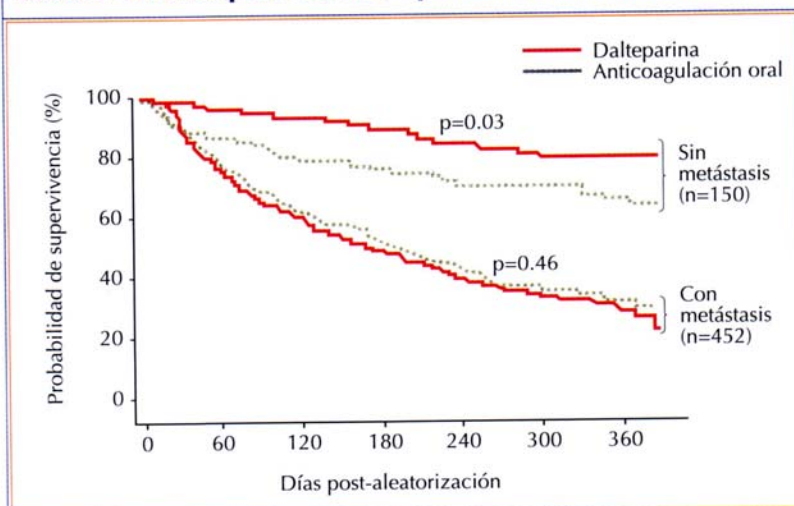
# ESTUDIO CLOT

Lee AYY N Engl J Med 2003; 349: 146

- Randomizado, 672 casos, 6 meses
- Dalteparina 200UI/Kg/24h (1 mes) 150UI/Kg (5 meses) vs. Dalteparina 200 UI/Kg 5-7 días y TAO (6 meses).
- Menos recidivas de TEV con HBPM (53 casos de 336 vs. 27 de 336) ( $p=0,002$ ), hemorragias similares.



Estudio CLOT: Supervivencia en pacientes con o sin metástasis

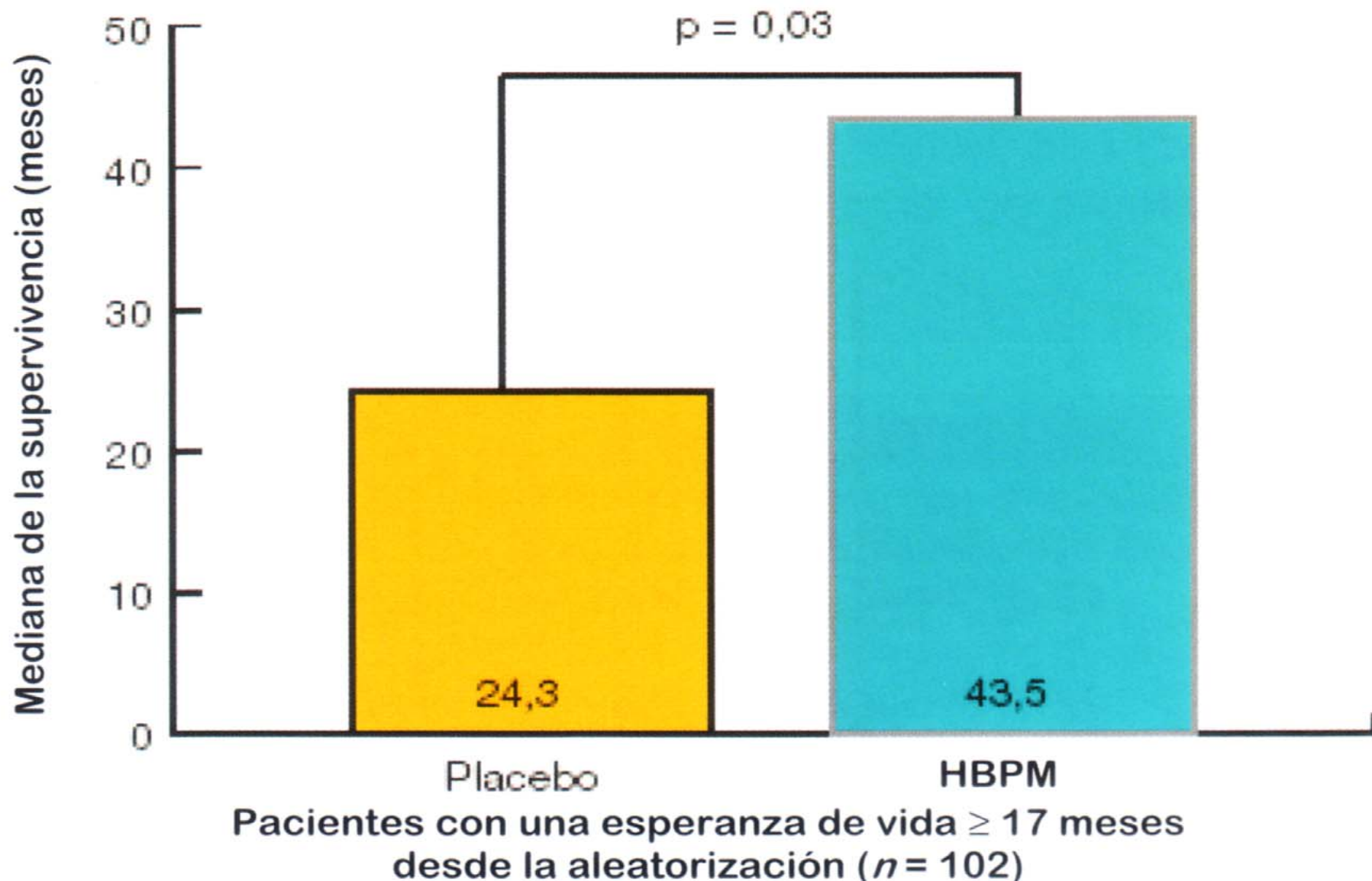


Cuadro 2

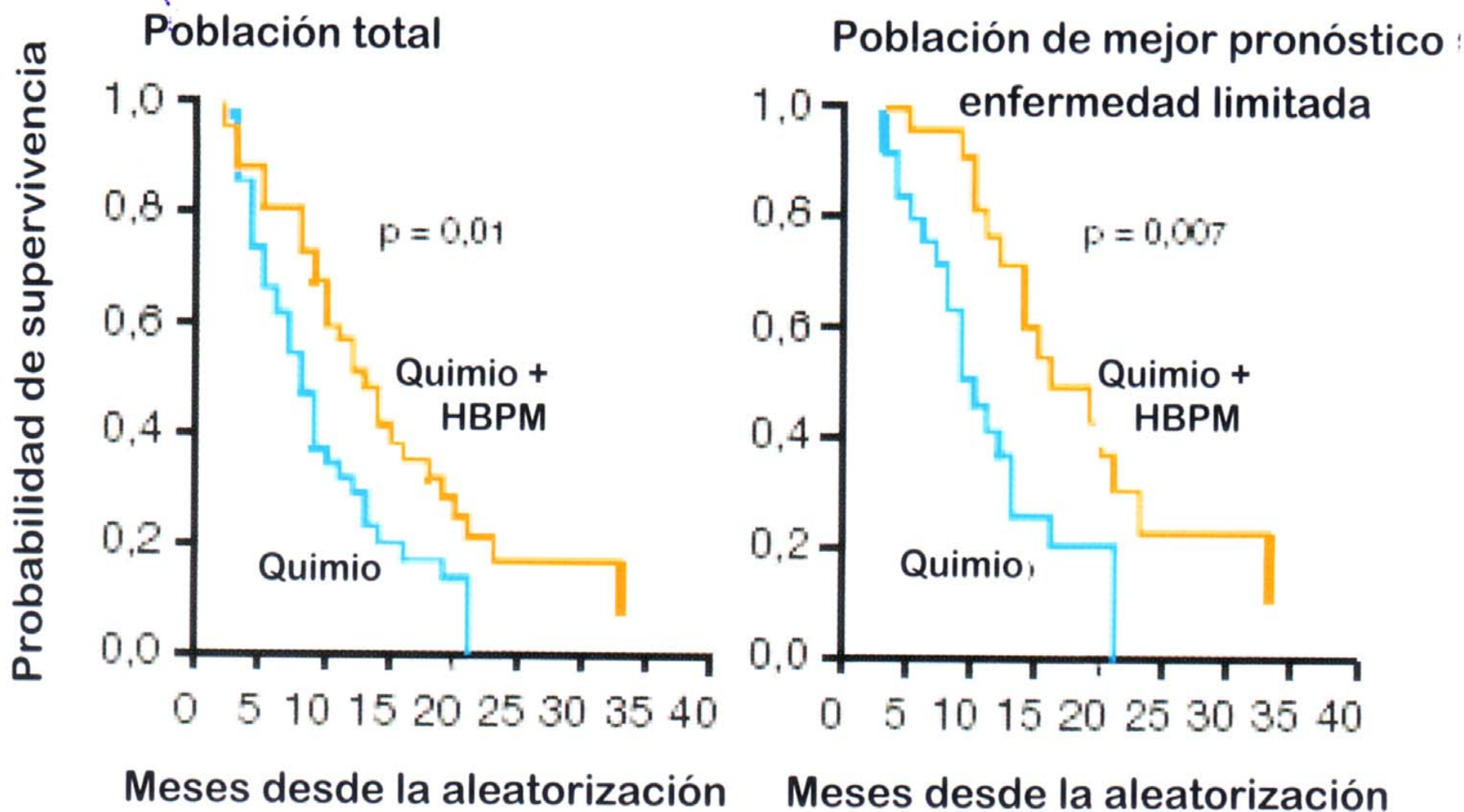
Lee AYY, et al. J Clin Oncol 2005; 23: 2123-2129

Mejora significativa de mortalidad a 1 año en el subgrupo sin metástasis

*Estudio FAMOUS. Análisis del subgrupo: la HBPM mejora significativamente la supervivencia.  
Modificada de Kakkar, J Clin Oncol 2004*



*Estudio SCLC: curvas de supervivencia.  
Modificada de Altinbas, JTH, 2004*



Resultados similares en pacientes con enfermedad extendida



## ETV Y CANCER. RECOMENDACIONES de la American Society of Clinical Oncology

- Considerar profilaxis en todos los pacientes hospitalizados con cáncer
- No se recomienda profilaxis ambulatoria excepto los tratados con talidomida o lenalidomida
- Profilaxis prolongada en cirugía oncológica
- Se prefieren las HBPM para el tratamiento inicial y a largo plazo
- El impacto de las HBPM sobre la supervivencia requiere estudios adicionales.

# CASO: TRATAMIENTO A LARGO PLAZO

Enoxaparina 1'5 mg / kg / día

# Tratamiento neoplasia

- ¿Cirugía?
- ¿QT previa a cirugía ?
- ¿QT?
  
- Comité de tumores:
  - Se decide cirugía a pesar del PET porque en el TAC y en la RMN no hay afectación mediastínica significativa

# Tratamiento neoplasia: estadiaje

## ■ T 2

- Infiltración cava implicaría T4 y Estadio IIIB

## ■ N 0

- Adenopatías mediastínicas ipsilaterales implicarían N2 y Estadio III A

## ■ M0

**NODULO +TVP por mecanismo protrombótico  
T2 N0 M0 (ESTADIO I B)**

OPERACIÓN REALIZADA: *Segmentectomía atípica (LSD)*

9 AGOSTO 2004 INTERVENCIÓN

CIRUJANO: *Dr. CALVO*

HORA FINAL:

ANESTESISTA: *Dr. Vicente*

1.º AYUDANTE: *Dr. Padilla*

2.º AYUDANTE: *Pr. Cerón*

PAUTA  
1.º POSICIÓN  
2.º VÍA DE ACCESO  
3.º HALLAZGOS  
4.º TÉCNICA  
5.º DRENAJES  
6.º ANTIBIOT. IN SITU  
TIPO  
7.º TÉCNICA CIERRE

### PROTOKOLO INTERVENCIÓN

1. Paciente en decúbito lateral izdo
2. Toracotomía dxa por 5.º espacio intercostal
3. Polvoón libre de adherencias, excepto a nivel de la tumoración que está localizada en la zona mediana del segmento apical (a nivel de V. cava superior). Se libera y se practica una segmentectomía atípica con TA-60, lo procediéndose a lobectomía por enter todo el segmento conpleto por adhesión. Se retea còdulo en CID con TA-60
4. Se completa la hemostasia y leuda con sico + Sotolone
5. Cierre de toracotomía según técnica habitual
6. Se dejan 2 tubos de drenaje

**DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO:**

PULMON DERECHO;

- Cuña de LSD:

Adenocarcinoma bien diferenciado de 1.8 X 1 cm., que alcanza pleura visceral.

**NODULO +TVP por mecanismo protrombótico  
y compresión de cava por adenopatías**

**T2 N2 M0 (ESTADIO III A)**

**QT Y RT**

ANGIO R.M. TORAX.

Indicación:

Síndrome de vena cava superior en paciente afecto de neo de pulmón. Evaluación previa a intervencionismo vascular.

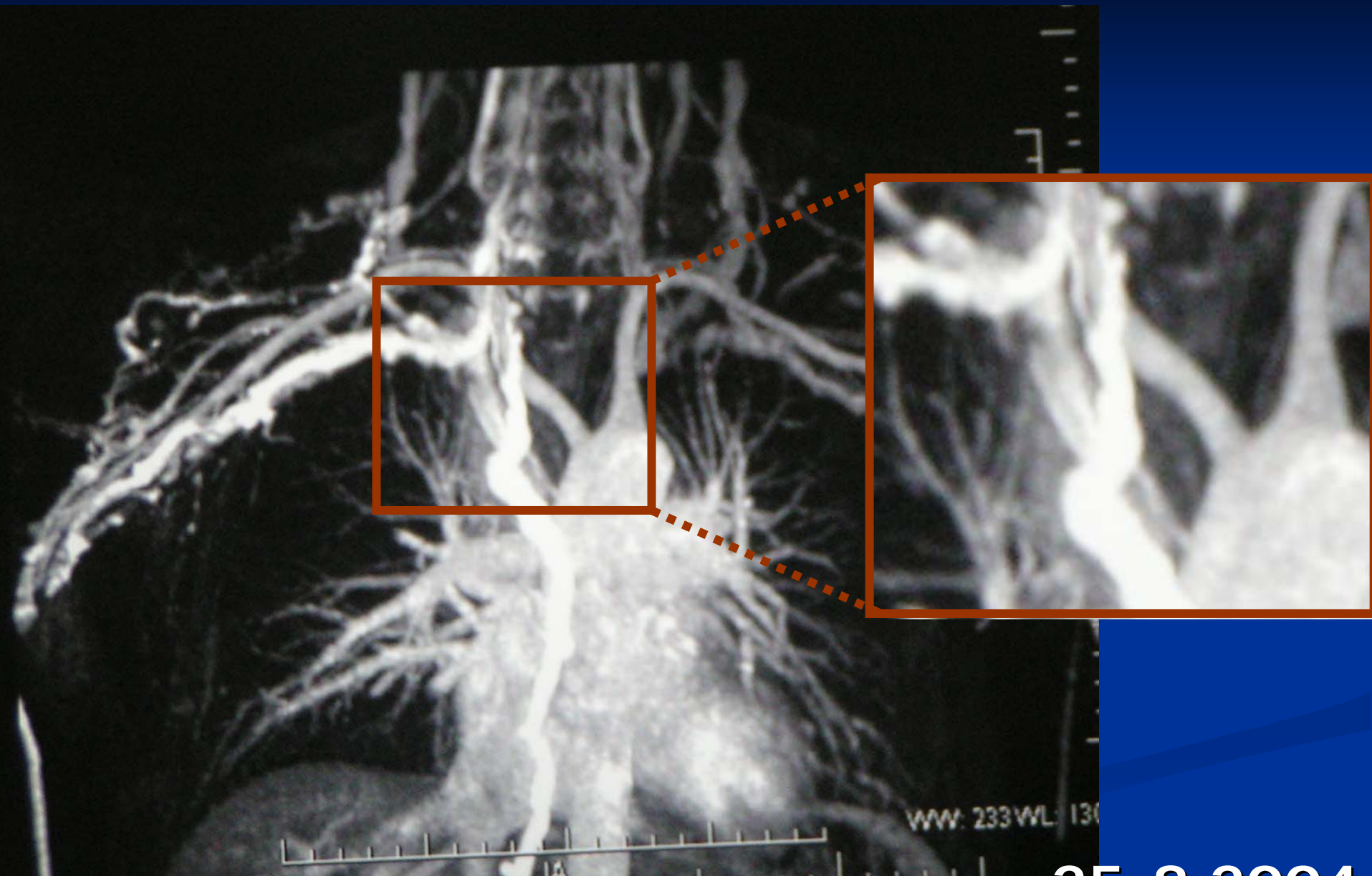
Tanto la porción inicial de subclavia derecha como el tronco venoso innominado y porción proximal de cava superior, muestran reducido calibre y escaso flujo, siendo este filiforme y excéntrico en la porción de cava afecta, y aunque no se identifique imagen de masa que comprima o infiltre el vaso parece englobada en el seno de un tejido de contornos espiculados. La porción distal de cava superior, próxima a aurícula, muestra un calibre mas adecuado y llama la atención el aumento de calibre de vena ácigos y cayado de la misma, así como la existencia de circulación colateral superficial, en pared torácica.

Estas alteraciones son compatibles con trombosis parcial de cava superior – tronco venoso innominado. Adenopatías mediastínicas de localización suprahiliar derecha, retrocava pretraqueal y paratraqueales derechas altas. Pienso que corresponden a adenopatías ya que ejercen un ligero efecto masa, pareciendo menos probable aunque no se puede descartar, se trate de cambios postquirúrgicos, ya que se ha efectuado cirugía reciente.

Discreto derrame pleural derecho.

25-8-2004

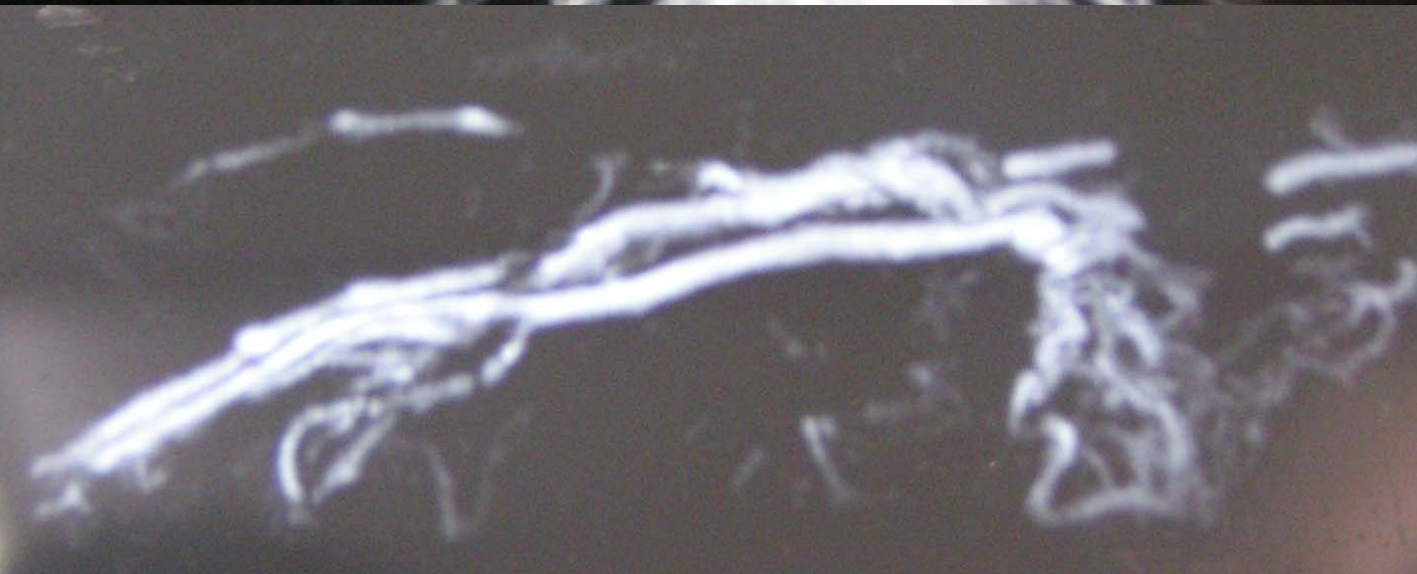
# ANGIO-RESONANCIA



25-8 2004



# ANGIO-RESONANCIA



25-8 2004

# ANGIO-RESONANCIA

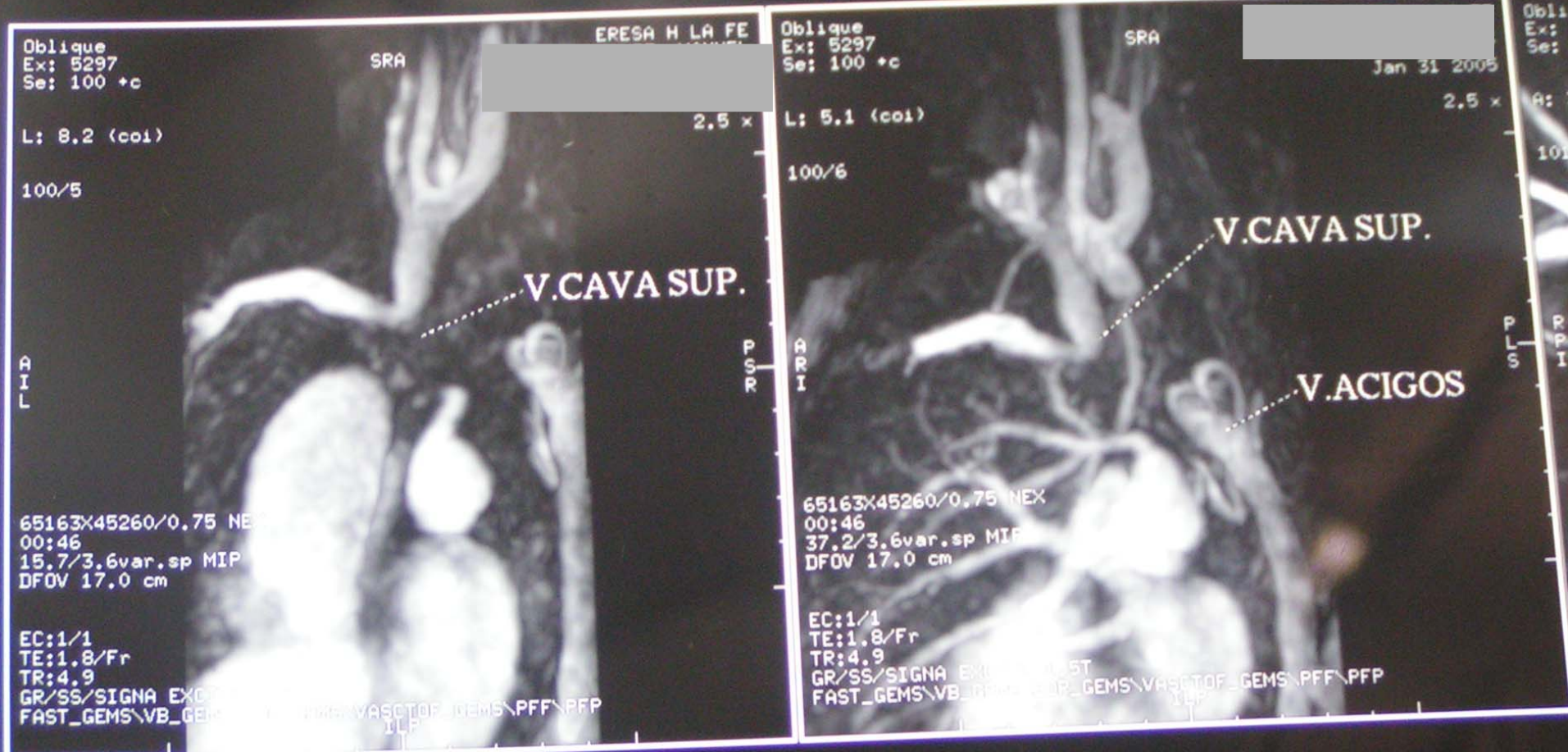


31-1-2005



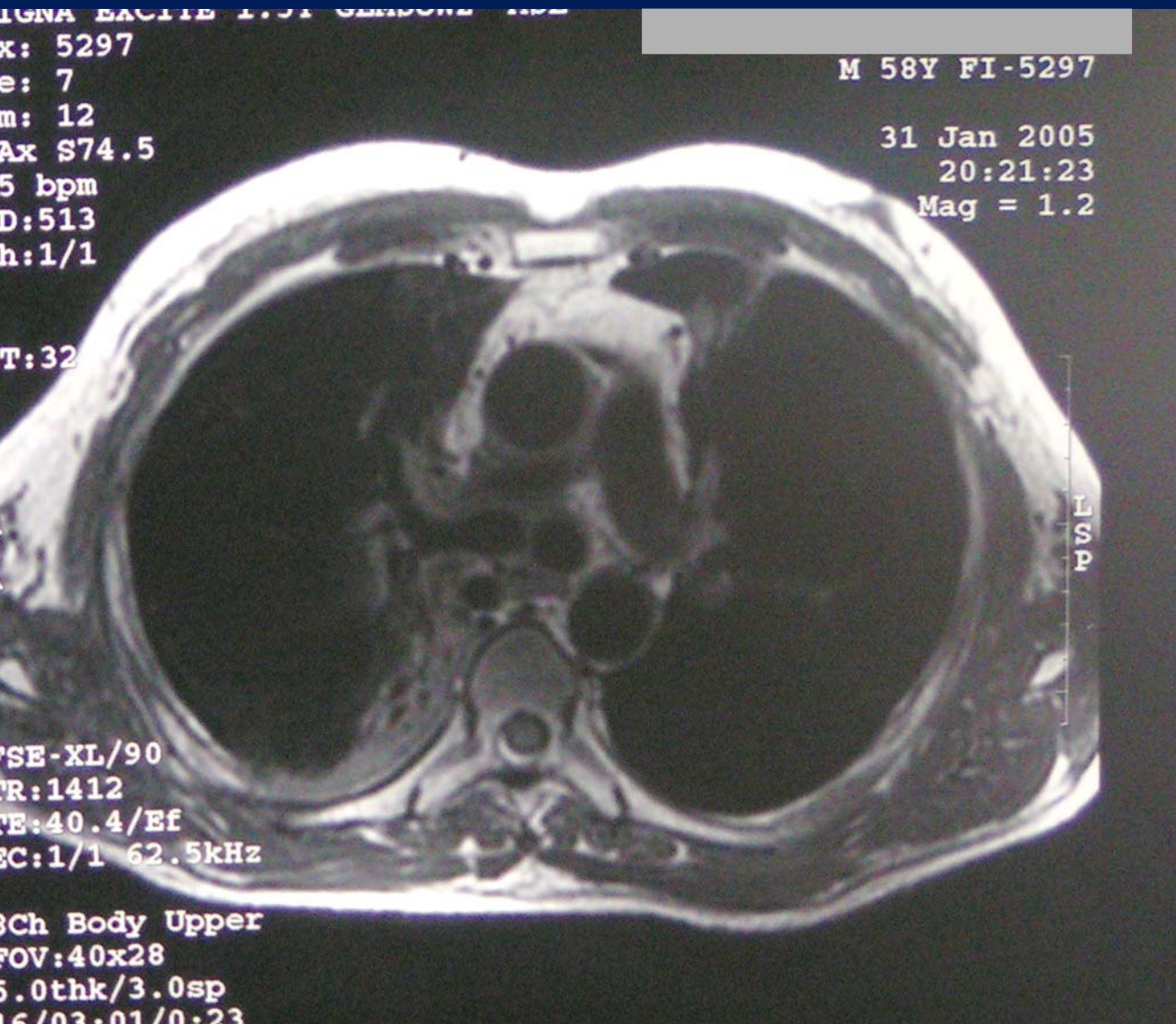
31-1-2005

# ANGIO-RESONANCIA



31-1-2005

# ANGIO-RESONANCIA



31-1-2005

## ANGIO RM. DE TRONCOS SUPRAAORTICOS ARTERIALES Y VENOSOS.

### Indicación:

Neoplasia broncopulmonar con masa mediastínica que compromete la circulación vascular. Valorar posibilidad de recanalización.

### Técnica:

Se realiza estudio morfológico y angiográfico del estrecho torácico superior mediante RM, utilizando secuencias en los planos axial y coronal con técnicas Single Shot, Fiesta y doble IR, así como 3D-DSA con gadolinio en fases arterial y venosa con administración del contraste a través del brazo derecho, realizándose posteriores reconstrucciones tipo MIP.

### Comentario:

Continúa visualizándose alteración de la señal con ocupación del espacio mediastínico pretraqueal derecho que condiciona obstrucción de la vena cava superior derecha, justo por debajo de la unión del tronco innominado izquierdo, con dilatación de la vena torácica interna derecha, así como del cayado de la vena acigos que se interrumpe antes de su desembocadura en la vena cava superior, aparentemente trombosada. Se aprecia también alteración de la señal con ocupación por un tejido sólido a nivel del hilio pulmonar derecho e imagen sugestiva de condensación pulmonar parasagital posterior derecha a la altura y por debajo del hilio pulmonar, todo ello en relación con neoplasia bronco-pulmonar con afectación mediastínica, por otro lado ya conocida.

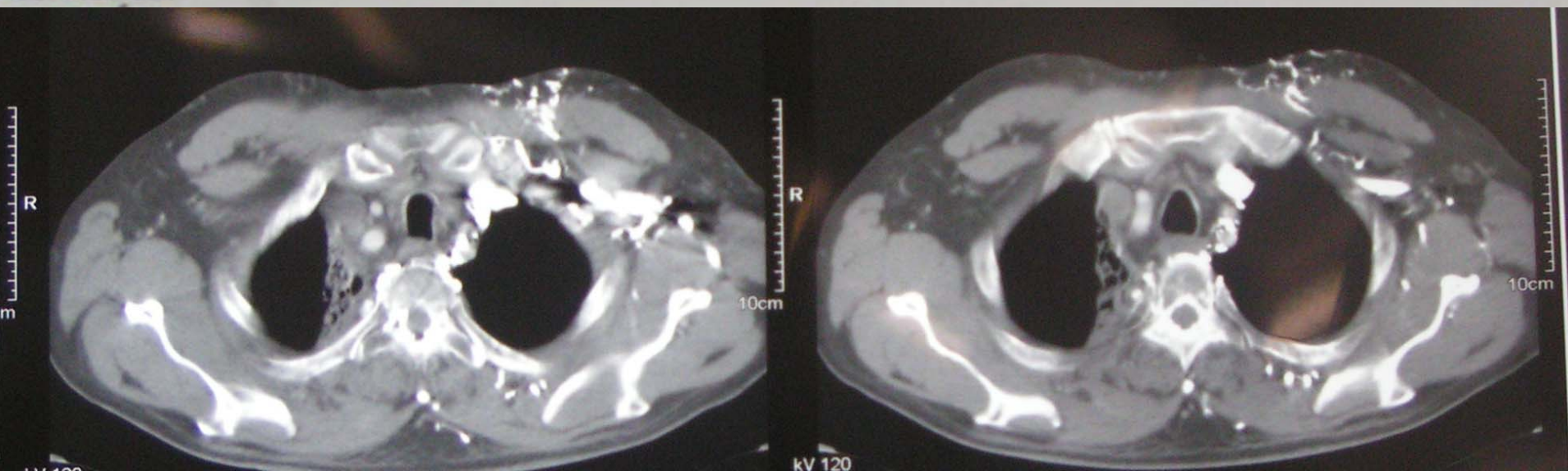
31-1-2005

# Ingreso por SVCS abril 2005

- Ingresa del 13 al 21-4-2005 para valorar tratamiento endovascular, con stent de cava, por empeoramiento del SVCS
- Se intenta pero no es posible atravesar el componente obstructivo por fibrosis (el acceso a cava no es posible).
- Mejora con corticoides y se atribuye a fibrosis post RT tras comparar con TAC previo
- Alta con Fraxi 0'8 ml sc día y corticoides en pauta decreciente

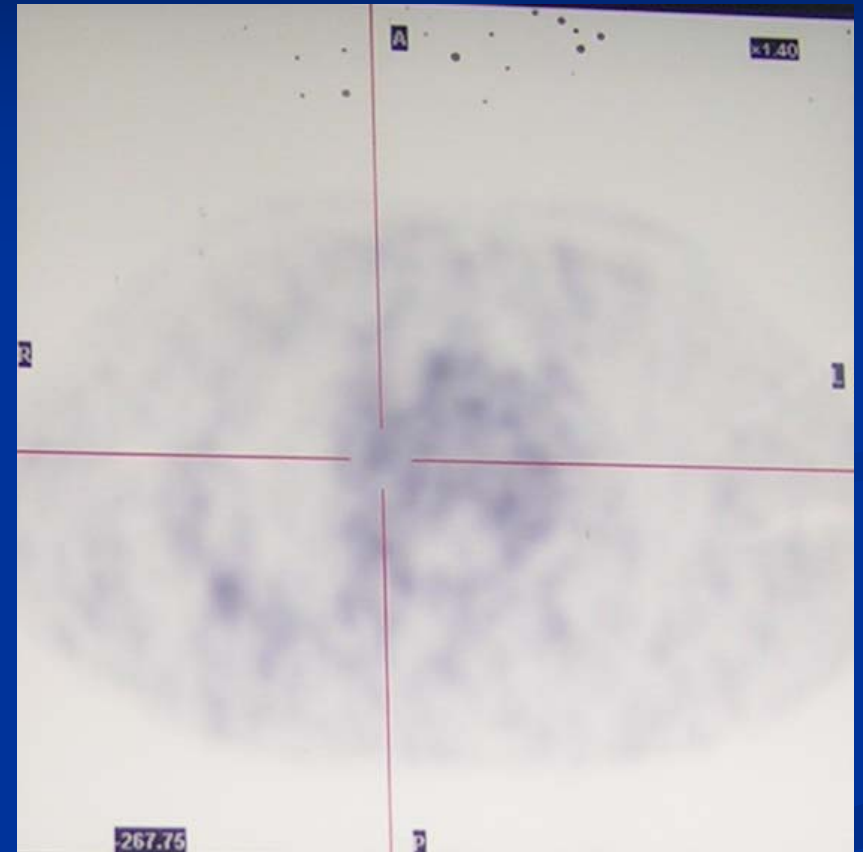
## ■ TAC DEL 10-5-05.

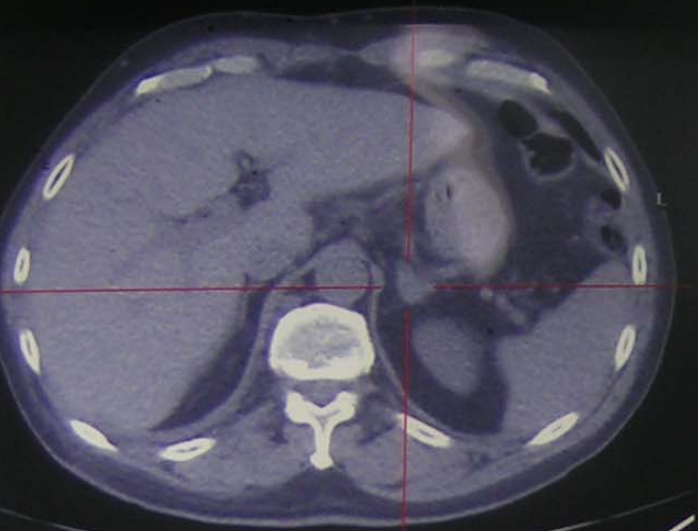
TAC cérvico-torácico (10.5.05): Fibrosis- infiltración de la vena cava superior. Marcada circulación colateral de intercostales y del sistema ácigo-hemiácigos hasta alcanzar la vena cava inferior. En comparación con el TAC de enero de 2005 no existen cambios significativos en el tejido paratraqueal derecho, que sugiere más fibrosis que tumor infiltrativo. Tractos fibrosos pulmonares paramediastínicos derechos en probable relación con tratamiento radioterápico recibido. No se evidencian masas ni asimetrías significativas en faringe ni laringe. No se advierten adenopatías significativas en las cadenas ganglionares cervicales.





# PET-TAC DE CONTROL 27-10-2005



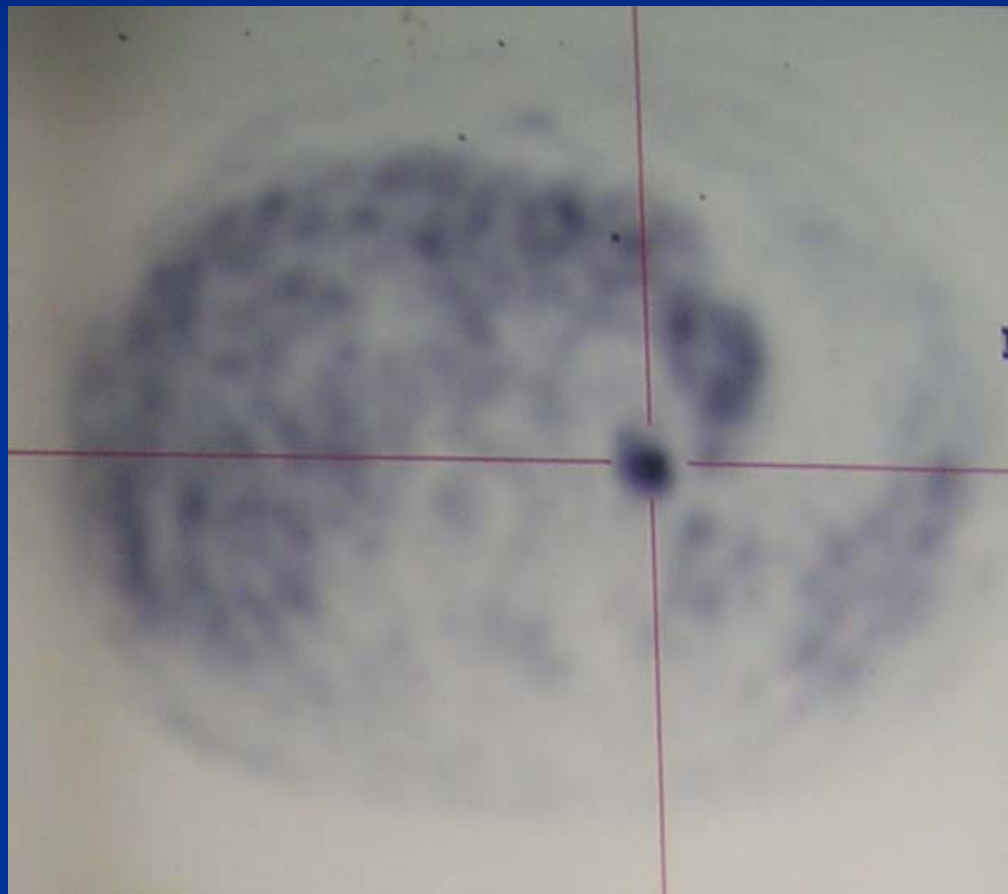
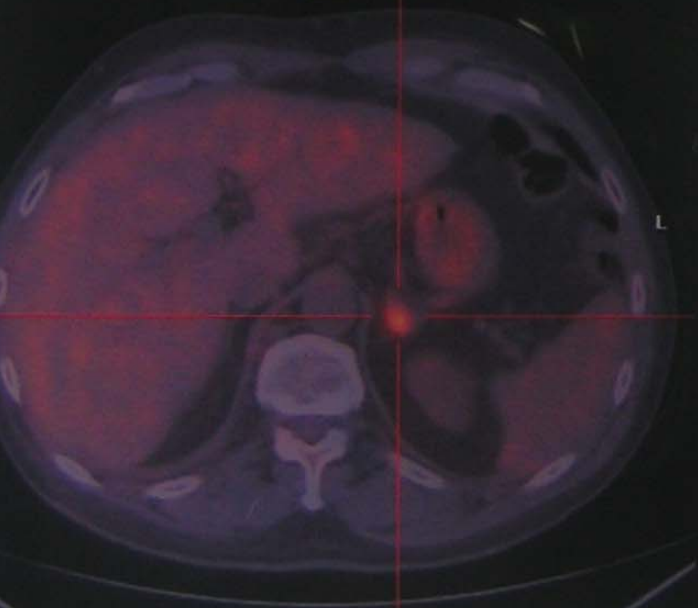


-433.50

P  
CT Transaxials

A

x1.40



**SERVICIO PET/TAC – MEDICINA NUCLEAR**  
**Dres. R. Sopena y C. Martínez**

---

**Apellidos y Nombre:** [REDACTED]

**Procedencia:**

**SERVASA  
Dr Montalar**

**Hosp La Fe  
Oncología**

**Exploración:**

**PET/TAC CORPORAL**

**Fecha:**

**27-10-05**

**Historia:** [REDACTED]

---

**INFORME:**

Hemos realizado rastreo de cuerpo entero PET/TAC tras la administración de una dosis de 10.55 mCi de <sup>18</sup>FDG según técnica habitual.

Se observa en las imágenes de TAC la existencia de una zona de alteración parenquimatosa pulmonar derecha, de situación paramediastínica, que en las imágenes de fusión con la PET no presenta hipermetabolismo patológico, en relación con fibrosis pulmonar post-RT, habiendo desaparecido los depósitos hipermetabólicos en LSD y mediastino superior que se observaban en el estudio previo, y sin depósitos focales que sugieran recidiva local.

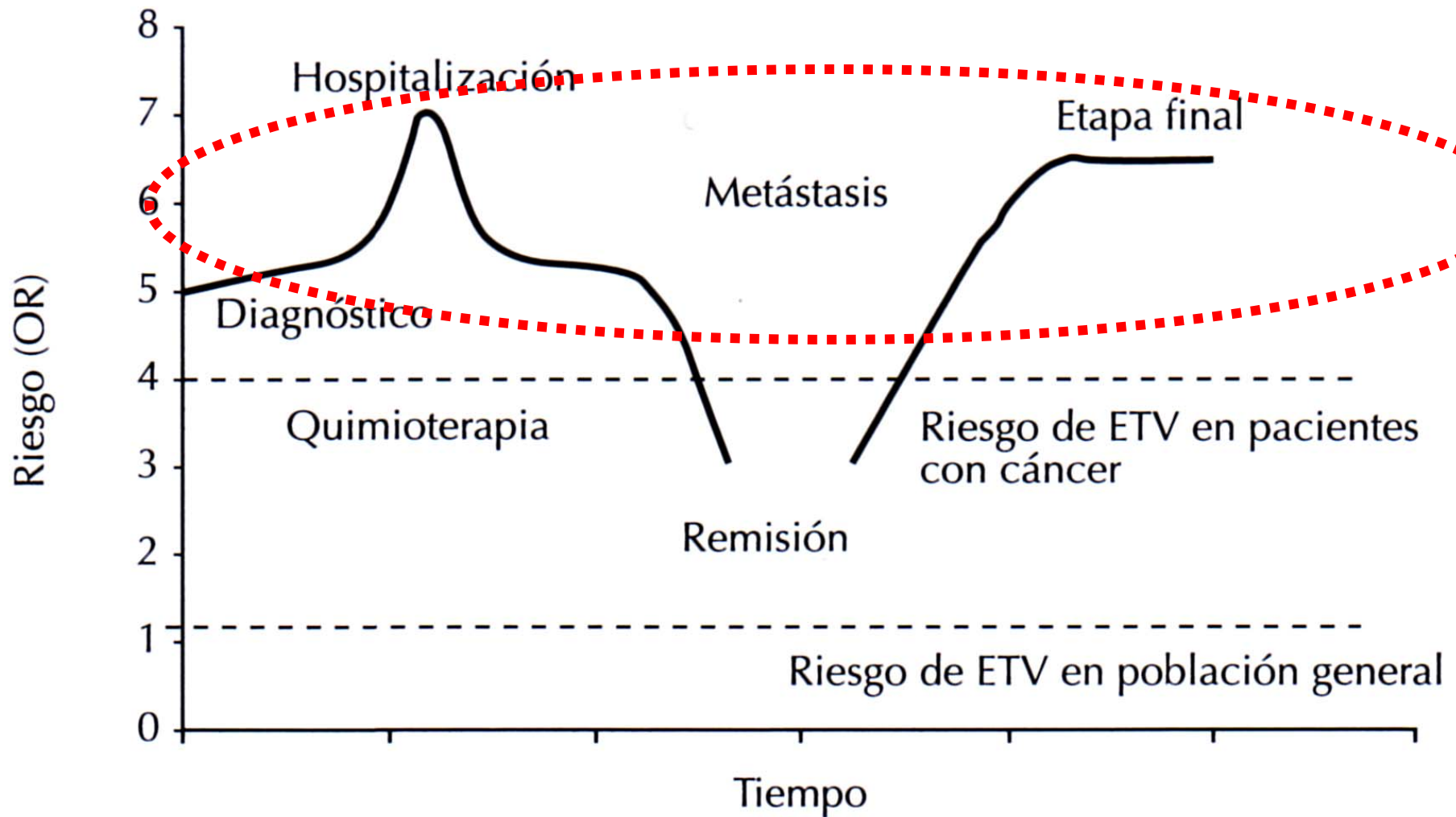
Sin embargo, se evidencia un engrosamiento hipermetabólico de la glándula suprarrenal izquierda (SUV máx = 5.8 g/ml), que sugiere metástasis.

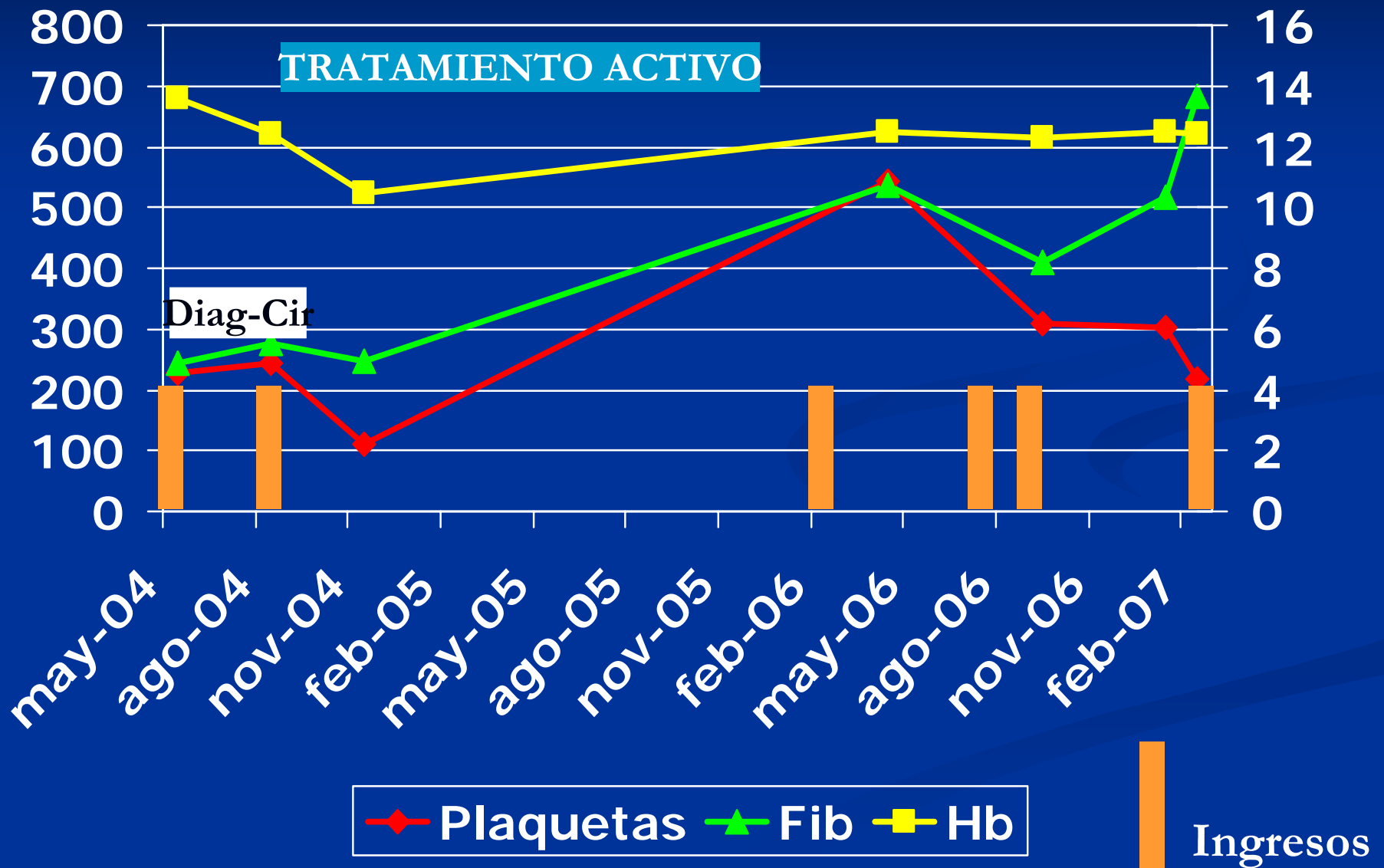
El resto del estudio no presenta otras alteraciones significativas.

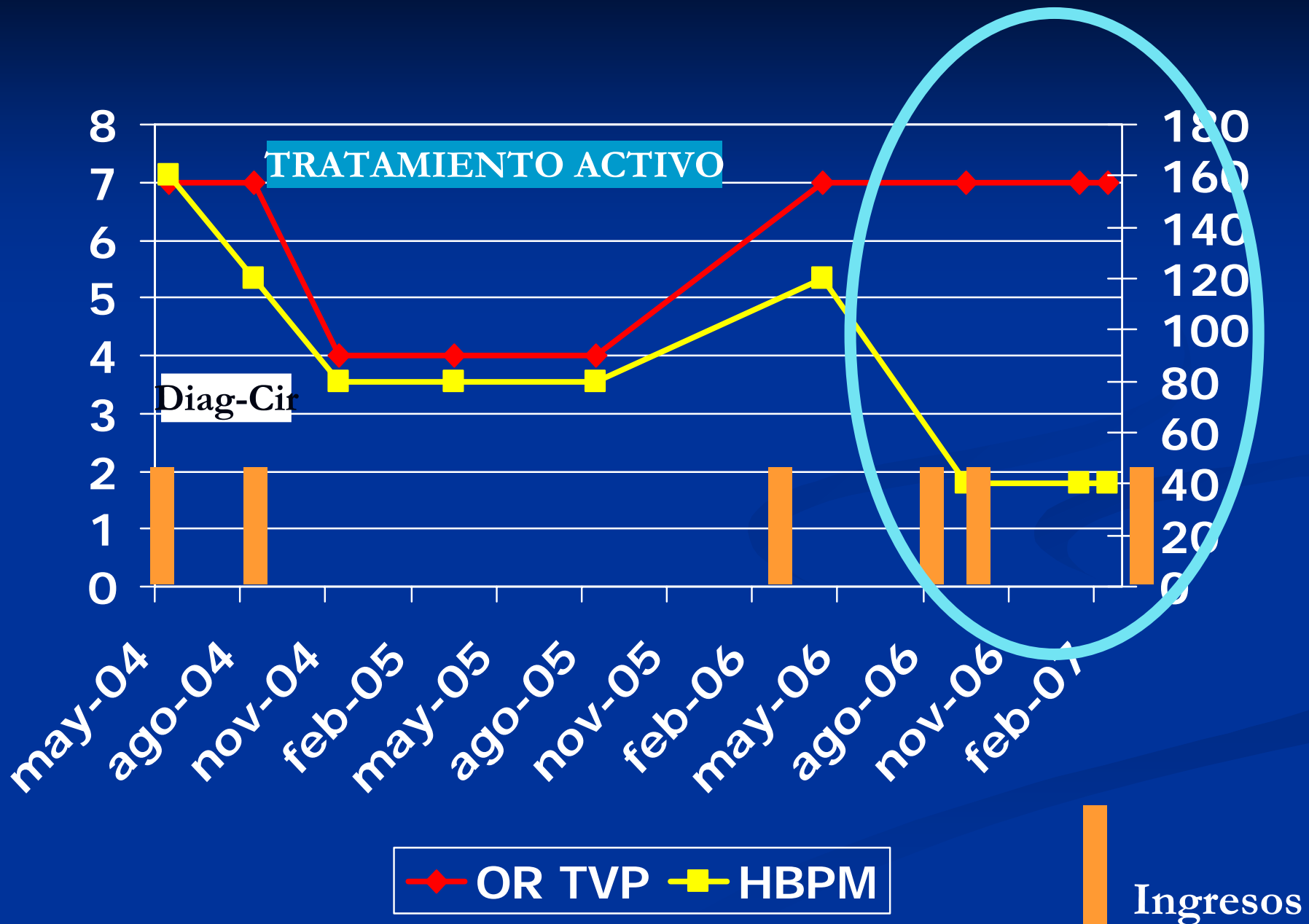
# EVOLUCION CLINICA

- Progresión neoplásica tras tres líneas de QT (local, metas suprarrenales)
- 5 ingresos por diversos motivos (dolor, disnea, infección, SVCS post RT...)
- Tratamiento crónico con HBPM (dosis variables)
- Recidiva/progresión tromboembólica (subclavia derecha)
- No sangrado
- Exitus por progresión neoplásica el 18-2-2007

# RIESGO DE ETV Y CANCER: PROCESO DINAMICO







# Diagnósticos finales

- Carcinoma pulmonar no microcítico (III-B inicial)
- SVCS
  - TVP CAVA SUPERIOR Y SUBCLAVIA izq
    - Compresión local (adenopatías)
    - Estado protrombótico
  - TVP subclavia derecha (recurrencia)
  - Fibrosis post-radioterapia (compresión local)
- Progresión neoplásica local y M+