

CC017

TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA INFRAPATELAR BILATERAL DURANTE EL POSQUIRÚRGICO DE UNA PACIENTE CON ENFERMEDAD DE CUSHING

TIBALDO, Cecilia; CECENARRO, Laura; BOVE VISUARA, Daniela; BENGÍO, Verónica; ESTARIO, Paula; ESTARIO, María Eugenia

Unidad de Neuroendocrinología. Hospital Córdoba. Córdoba, Argentina

INTRODUCCIÓN: Dentro de las múltiples comorbilidades que acompañan al síndrome de Cushing se encuentra el estado de hipercoagulabilidad (10 veces más frecuente que la población general). Dentro del postoperatorio, esta complicación puede ser de hasta un 5,6 %. Esto se debe a un incremento en la producción de factores pro-coagulantes y activación de la cascada de coagulación con un deterioro de la capacidad fibrinolítica. Asimismo, estas alteraciones pueden encontrarse hasta un año después de la cirugía hipofisaria.

Caso clínico: Mujer de 62 años, que consulta por presentar disminución de la visión, hematomas espontáneos y obesidad central. Refiere como antecedentes patológicos HTA, DBT 2, DSL e ICC. Al examen físico, franco fenotipo Cushing con hematomas múltiples. LAB: CLU orina 24 hs: 89,5 ug/24hs; Cortisol AM postdexametasona 1mg: 18,42 ug/dl; y ACTH 207 pg/ml. RMN selar con contraste: "Extensa lesión expansiva de aspecto tumoral, de 24 mm x 21,5 mm. Compromete adenohipófisis con marcada extensión supraselar y hacia el seno esfenoidal; invade seno cavernoso derecho, engloba parcialmente arteria carótida interna y ejerce marcado efecto de masa sobre el quiasma óptico y tallo pituitario. No tolera cabergolina ni ketoconazol. Valoración hematológica prequirúrgica (28/01/15): valores de hemostasia dentro de límites normales. Ecocardiograma doppler: Aurícula Izquierda en el límite máximo de lo normal (FE: 60 %). La paciente ingresa al nosocomio el día 25/02/15, donde completa los estudios prequirúrgicos, se realiza heparinoprofilaxis y medidas mecánicas de compresión venosa de ambos miembros. La resección tumoral se realiza por vía transcraneal (04/03/2015), sin eventos intraquirúrgicos. En el 5° día posquirúrgico, la paciente comienza con dolor en miembro inferior derecho (proximal), se realiza ecografía de partes blandas que evidencia hematoma en dicho miembro, por lo que se continúa con medidas mecánicas de compresión y se indica analgesia. Es dada de alta con reemplazo hormonal. Al día 12°, presenta intenso dolor en gemelo derecho se realiza ecodoppler (16/03/15): venas peroneas y tibial posterior derecha de calibre aumentado con material ecogénico en su interior compatible con trombo mural oclusivo total, no compresible, no permeable a la aplicación del Doppler color, que se extiende hasta tercio medio de pierna. Leve edema de TCS. Ecografía Doppler de Miembros Inferiores (25/03/15): trombosis venas poplíteas, gemelares internas y tibiales posteriores bilateral. Se descarta signos de sangrado activo mediante TAC de cerebro por lo que se decide internación para anticoagular con enoxeparina sódica 0,6 cc/día y luego acenocumarol 2 mg/día. Se recibe IHQ que informa ACTH positivo y difuso. Ki67 2% (adenoma corticotropo).

Comentarios: Consideramos de gran interés la presentación de este caso por la magnitud y rapidez con la que se desencadenó la trombosis en el posquirúrgico de macroadenoma secretor de ACTH, a pesar de la heparino-profilaxis previa. Es relevante la necesidad de tromboprofilaxis pre y postquirúrgica en este tipo de pacientes, manifestada en las últimas guías de manejo terapéutico del Síndrome de Cushing, debiéndose decidir (mediante consenso interdisciplinario) el momento y duración óptimos del mismo, teniendo en cuenta la extrema precaución del riesgo de sangrado posquirúrgico.

