

La Hemorragia Gastrointestinal Aumentaría el Riesgo de Cáncer Colorrectal en Pacientes con Fibrilación Auricular Anticoagulados

En pacientes con fibrilación auricular tratados con anticoagulantes orales, la hemorragia gastrointestinal aumentaría el riesgo de cáncer colorrectal.



Fuente: European Heart Journal 1-7

Título: Gastrointestinal Bleeding and the Risk of Colorectal Cancer in Anticoagulated Patients With Atrial Fibrillation

Autores: Rasmussen P y colaboradores

Institución: Copenhagen University, Copenhague, Dinamarca

Introducción

La hemorragia gastrointestinal es una complicación frecuente en pacientes con fibrilación auricular (FA) tratados con anticoagulantes orales (AO). En la población general, la hemorragia gastrointestinal inferior es un marcador bien conocido de lesiones malignas en el tracto gastrointestinal inferior. Estudios previos han indicado que los eventos de sangrado gastrointestinal en pacientes con FA anticoagulados están asociados con la aparición de cáncer gastrointestinal. Aunque se sabe que los eventos de hemorragia gastrointestinal inferior en pacientes con FA tratados con AO están asociados con un peor pronóstico, las pruebas y las recomendaciones con respecto a la evaluación diagnóstica y el manejo de estas complicaciones hemorrágicas siguen siendo relativamente escasas. En consecuencia, no está claro si la hemorragia gastrointestinal inferior debe considerarse un marcador de enfermedad maligna potencial o simplemente una consecuencia del tratamiento con AO.

El objetivo del presente estudio fue estimar los riesgos absolutos de cáncer colorrectal en pacientes con FA tratados con AO con hemorragia gastrointestinal inferior y sin hemorragia gastrointestinal.

Métodos

Utilizando los registros administrativos daneses se identificaron pacientes mayores de 18 años con FA que iniciaron la terapia con AO (es decir, warfarina, fenprocumón, rivaroxabán, dabigatrán o apixabán) entre el uno de enero de 1996 y el 31 de diciembre de 2014 con seguimiento hasta el 31 de diciembre de 2015. Los criterios de exclusión fueron: no residir en Dinamarca, un diagnóstico de cáncer colorrectal antes de la inclusión, una endoscopia inferior dentro de los 2 años antes de la inclusión en el estudio, FA valvular, un evento tromboembólico venoso dentro de los 6 meses antes

de la inclusión en el estudio o cirugía de cadera o rodilla 5 semanas antes de la inclusión. Las comorbilidades que se incluyeron al inicio del estudio fueron: diabetes mellitus, úlcera péptica, enfermedad inflamatoria intestinal, tumores gastrointestinales benignos previos, episodios hemorrágicos mayores previos, enfermedad renal crónica, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca congestiva o accidente cerebrovascular isquémico. La terapia médica concomitante fue registrada. La exposición de interés fue la hemorragia gastrointestinal inferior. El criterio principal de valoración fue el diagnóstico de cáncer colorrectal. Además, también se investigó el resultado de la endoscopia inferior. Los análisis no fueron estratificados por tipo de AO. La estimación no paramétrica y la regresión semiparamétrica de riesgo absoluto se usaron para estimar los riesgos absolutos de cáncer colorrectal. Los cocientes de riesgo (CR) se calcularon con intervalos de confianza del 95% (IC 95%).

Resultados

Un total de 125 418 pacientes con FA fueron incluidos. La mayoría eran varones (58%) con una mediana de edad de 73 años (rango intercuartil: 65 a 80 años). Durante un máximo de 3 años de seguimiento, se identificaron 2576 casos de hemorragia gastrointestinal inferior, de los cuales 140 fueron diagnosticados posteriormente con cáncer colorrectal dentro del primer año después de hemorragia gastrointestinal inferior.

Los riesgos absolutos de hemorragia gastrointestinal inferior a los 6 meses aumentaron con la edad con el mayor riesgo durante el primer mes de tratamiento con AO. El riesgo absoluto de hemorragia gastrointestinal inferior 6 meses después del inicio del tratamiento varió de 0.29% (IC 95%: 0.24 a 0.36) a 0.95% (IC 95% 0.79 a 1.14) para grupos de edad ≤ 65 y > 85 años de edad, respectivamente.

El riesgo absoluto de cáncer colorrectal al año fue generalmente alto después de un episodio de hemorragia gastrointestinal inferior, en todos los grupos de edad, y no pareció verse afectado por el tiempo en el tratamiento con AO. Por lo tanto, los riesgos absolutos se estimaron aún más suponiendo que el riesgo fuera constante a lo largo del tiempo en el tratamiento con AO. Después de una hemorragia gastrointestinal inferior, se calculó que los riesgos absolutos de cáncer colorrectal al año van del 3.7% (IC 95%: 2.2 a 6.2) a 8.1% (IC 95%: 6.1 a 10.6) en los grupos de edad ≤ 65 y 76 a 80 años, respectivamente. El riesgo de cáncer colorrectal al año en pacientes que aún no habían sufrido hemorragia gastrointestinal varió de 0.16% (IC 95%: 0.15 a 0.16) en los sujetos < 65 años a 0.53% (IC 95%: 0.55 a 0.87) en el grupo de pacientes de 75 a 80 años. Al comparar pacientes con hemorragia gastrointestinal inferior y sin hemorragia gastrointestinal, se encontraron mayores índices de riesgo de cáncer colorrectal en todos los grupos de edad con un índice de riesgo de 24.2 (IC 95%: 14.5 a 40.4) y 12.3 (IC 95%: 7.9 a 19.0) para los más jóvenes y el grupo de edad más viejo de ≤ 65 y > 85 años, respectivamente. Además, se observó que la mayoría de los eventos de cáncer colorrectal ocurrieron dentro de los primeros 2 meses después de la hemorragia gastrointestinal inferior en todos los grupos de edad.

La probabilidad de someterse a una endoscopia después de una hemorragia gastrointestinal inferior osciló entre 60.6% (IC 95%: 55.3 a 65.7) a 37.3% (IC 95% 32.5 a 42.4) para grupos de edad ≤ 65 y > 85 años, respectivamente.

El riesgo de hemorragia gastrointestinal inferior se acentuó en pacientes con un uso concomitante de fármacos antiplaquetarios al inicio del estudio, pero no para el grupo de > 85 años.

Conclusión

En pacientes con FA anticoagulados con AO, la hemorragia gastrointestinal inferior parecería aumentar el riesgo absoluto de cáncer colorrectal incidente. La hemorragia gastrointestinal inferior

no debería descartarse como una consecuencia benigna de la terapia con AO, sino que siempre debería examinarse para detectar una posible causa maligna subyacente.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2020