

# SÍNDROME DE TROUSSEAU SECUNDARIO A CÁNCER METASTÁSICO ASOCIADO A FRACTURA PATOLÓGICA DE CADERA.

J.L. Solano Martín; P. Martínez Cuesta; A. García-Vaquero Pina.  
Hospital Costa del Sol. Marbella, Málaga.

## INTRODUCCIÓN

El síndrome de Trousseau es un término descrito por Armand Trousseau en 1865, utilizado por primera vez para describir una tromboflebitis inesperada o migratoria que advierte una malignidad visceral oculta. En realidad, el término se ha atribuido ampliamente a eventos trombóticos inexplicables que preceden al diagnóstico de una neoplasia maligna visceral oculta o que aparecen de forma concomitante con el tumor. Están involucrados una variedad de mecanismos, como la trombosis inducida principalmente por la producción de factor tisular (FT) por las células tumorales, la inmovilidad, la deshidratación, la compresión mecánica de las venas, los procesos infecciosos, la quimioterapia y las fracturas, lo que da como resultado la generación de trombina y el depósito de fibrina.

## OBJETIVO

Describir el caso clínico de un paciente con fractura de cadera izquierda que desarrolló un síndrome de Trousseau secundario a un estado de hipercoagulabilidad por una hepatopatía, síndrome de diseminación tumoral y fractura y cirugía reciente.  
Destacar la importancia de realizar una correcta evaluación del riesgo de trombosis, así como de establecer una adecuada quimioprofilaxis con heparina tras procedimientos quirúrgicos.

## DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 79 años, hepatopatía crónica VHC, con función hepática conservada y pérdida de seguimiento en 2008. Acude a urgencias por dolor e impotencia funcional en cadera izquierda tras caída desde propia altura presentando una fractura pertrocanterica de cadera izquierda. Fue intervenido quirúrgicamente un día después sin incidencias pre y perioperatorias utilizando clavo cervicodifisario proximal (imágenes 1 y 2).  
En el primer día postoperatorio, el paciente se deterioró, presentando hipotensión y disminución de la diuresis. Su análisis de sangre reveló: índice de hemoglobina (9 g/dl); (GOT 145 U/L, GPT 80 U/L, GGT 202 U/L, FA 224 U/L), bilirrubina total 1,8 mg/dl y LDH 628. Nivel de alfafetoproteína 6090 ng/ml. Se realizó gammagrafía abdomino-torácica que reveló múltiples metástasis hepáticas y óseas, además de tromboembolismo pulmonar, trombosis suprahepática y de vena cava inferior y vena porta. El paciente ingresó en el Servicio de Medicina Interna y fue diagnosticado de hepatocarcinoma multicéntrico con metástasis óseas asociado a enfermedad hepática por virus C; fractura patológica de cadera izquierda; y Síndrome de Trousseau con trombosis venosa multiterritorial y embolismo pulmonar (imágenes 3 y 4).  
El paciente recibió tratamiento con heparina de bajo peso molecular (HBPM) en dosis de 40 mg por día, que es el protocolo más extendido en la profilaxis de trombosis alrededor de una fractura de cadera. Se administraron dos inyecciones siguiendo el protocolo de tratamiento estándar, no se detectaron signos clínicos de trombosis venosa profunda en las extremidades inferiores.

## RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

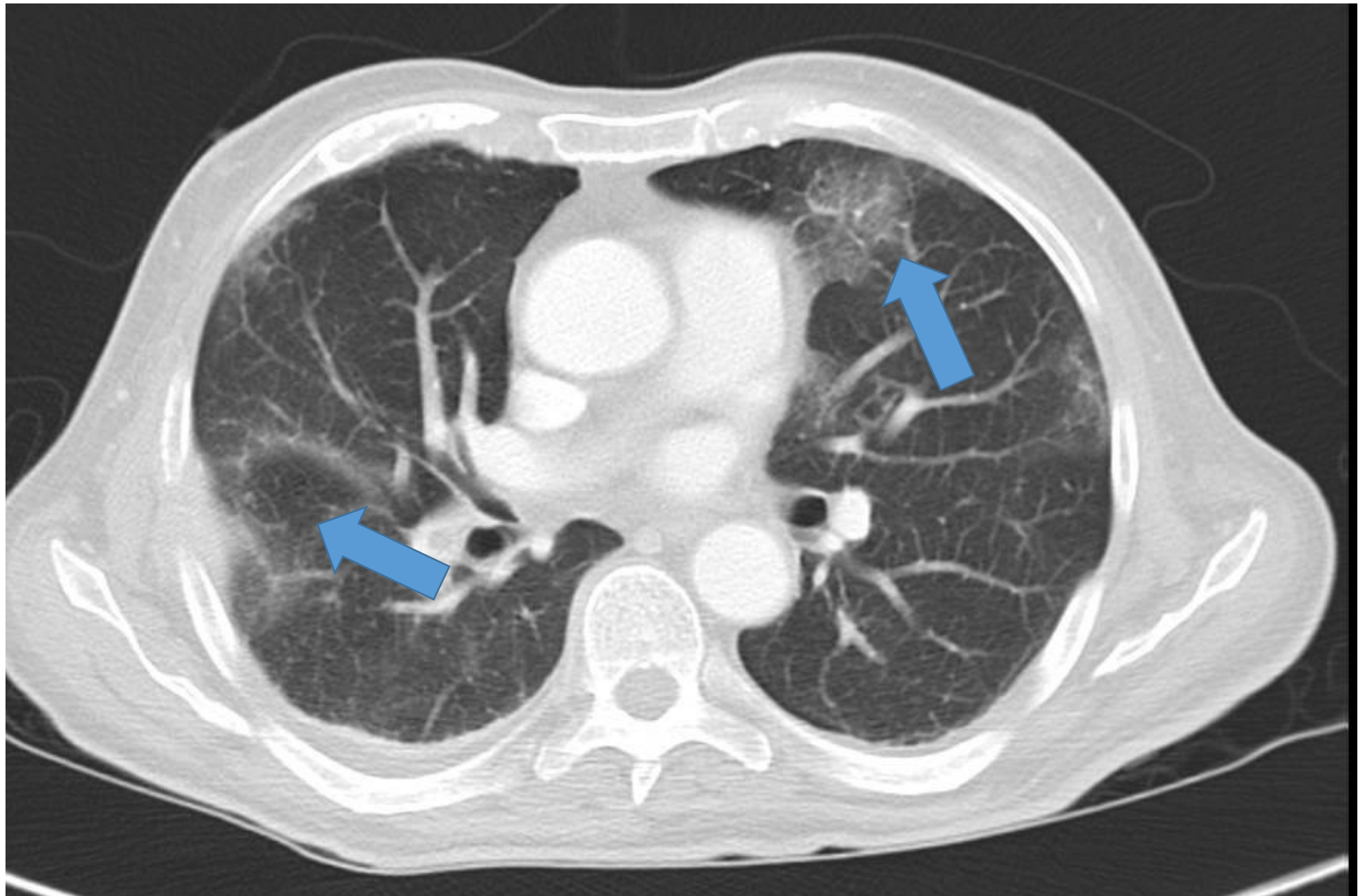
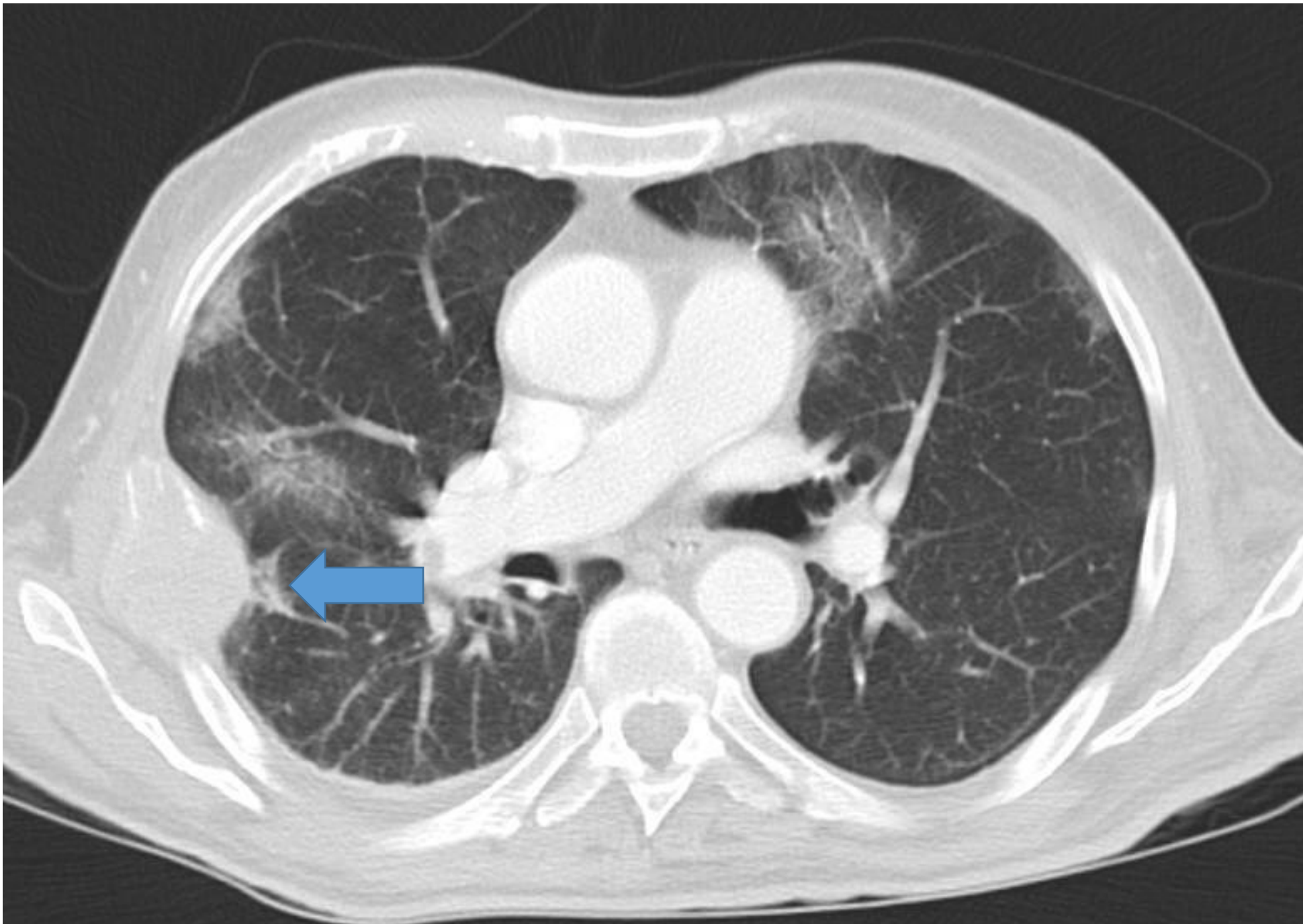
El paciente finalmente falleció cuatro días después de la cirugía, mostrando una caída frenética del estado clínico debido a un estado de hipercoagulabilidad no diagnosticado o un riesgo subestimado de TVP o TEP.

Los protocolos de profilaxis antitrombótica ya están generalizados en todos los sistemas de salud y se utilizan de forma estandarizada en pacientes quirúrgicos con buenos resultados en la prevención y tratamiento de fenómenos trombóticos. Sin embargo, existen determinados escenarios clínicos y patologías raras que pueden conllevar un aumento significativo del riesgo trombótico.  
Es trascendental evaluar correctamente la situación y la historia clínica del paciente, así como el estado de los factores de la coagulación como el FXa.  
Hasta un 40% de los pacientes operados de patología traumatológica pueden estar infratratados siguiendo los protocolos de anticoagulación establecidos como estándar, lo que conlleva un aumento de la morbimortalidad evitable con el ajuste de las dosis de heparinas de bajo peso molecular administradas.

**Bibliografía:**  
(1). Sack GH, Levin J, Bell WR. Trousseau's syndrome and other manifestations of chronic disseminated coagulopathy in patients with neoplasms: clinical, pathophysiologic, and therapeutic features. *Medicine (Baltimore)* 1977;56:1–37  
(2). Bell WR, Starksen NF, Tong S, Porterfield JK. Trousseau's syndrome. Devastating coagulopathy in the absence of heparin. *Am J Med.* 1985 Oct;79(4):423-30. doi: 10.1016/0002-9343(85)90028-2. PMID: 4050830.  
(3). Varki A. Trousseau's syndrome: multiple definitions and multiple mechanisms. *Blood.* 2007 Sep 15;110(6):1723-9. doi: 10.1182/blood-2006-10-053736. Epub 2007 May 11. PMID: 17496204; PMCID: PMC1976377.  
(4) Jones DL, Jones WA, Fleming KI et al. Underdosing of Prophylactic Enoxaparin Is Common in Orthopaedic Trauma and Predicts 90-Day Venous Thromboembolism. *J Orthop Trauma* . 2019 November; 33: 11. 570-576.



Imágenes 1 y 2. Fractura pertrocanterica izquierda de cadera tratada mediante clavo cervicodifisario proximal.



Imágenes 3 y 4.  
TAC torácico mostrando metástasis pulmonar derecha (flechas imagen 3), con numerosas áreas de tromboembolias severas (flechas imagen 4).