

## ACTITUD ANTE UN PACIENTE CON CALCIFILAXIA QUE PRECISA ANTICOAGULACIÓN

Ferrando F <sup>a</sup>, Ricart J. M. <sup>b</sup>, Vayá A <sup>a</sup>, Mira Y <sup>a</sup>.

<sup>a</sup>Unidad de Trombosis y Hemostasia, Departamento de Biopatología Clínica. <sup>b</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitario La Fe, Valencia (España).

**Introducción:** Entre las diversas patologías asociadas a la calcifilaxia hay que destacar la posible relación con los anticoagulantes orales, la nadroparina cálcica y con estados de hipercoagulabilidad, ligados a la disminución de la proteína S y/o C. No obstante, la patología asociada más frecuentemente es el fracaso renal crónico (entre 1-4 % de los pacientes). También se ha observado la asociación de calcifilaxia en pacientes con neoplasia, hiperparatiroidismo, proteinuria, artritis reumatoide y cirrosis alcohólica.

Actualmente la patogénesis no está bien establecida, aunque se han observado anomalías del metabolismo del calcio y fósforo (producto calcio-fósforo elevado y nivel de paratohormona alto), inflamación y la presencia de un estado de hipercoagulabilidad, que pueden conducir a la calcificación vascular y extravascular.

Por lo expuesto se nos plantean varias cuestiones: ¿cuál debe ser la actitud ante un paciente con calcifilaxia que necesita anticoagulación?, ¿qué alternativas antitrombóticas existen? y ¿cuál es la opción más recomendable?

**Caso clínico:** El caso clínico de calcifilaxia que nos ocupa consiste en un paciente: varón de 58 años, anticoagulado con acenocumarol por cardiopatía isquémica con doble by-pass aortocoronario, hipertensión pulmonar severa, insuficiencia tricuspídea y dilatación-hipoquinesia de ventrículo derecho, que acudió a la consulta externa de dermatología por lesiones cutáneas dolorosas en miembros inferiores, de 10 días de evolución, de 3-4 cm de diámetro, fondo necrótico y borde eritematoso, en el contexto de insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. Hiperparatiroidismo secundario, con niveles elevados de aluminio (como quelante del fosforo), aunque niveles normales de calcio, fósforo y fosfatasas alcalinas; y anemia, hipertensión arterial y dislipemia. Realizado el estudio anatomopatológico de la biopsia de las heridas se confirmó el diagnóstico de calcifilaxia.

**Comentarios:** Resulta razonable establecer que en los pacientes diagnosticados de calcifilaxia debe omitirse tanto la anticoagulación oral, como las heparinas cálcicas tanto no fraccionadas como las de bajo peso molecular (nadroparina cálcica), motivado por la posibilidad que puedan originar depósitos cálcicos. Como alternativa al tratamiento de anticoagulación oral se plantean como recomendables: tanto fondaparinux sódico, como las heparinas sódicas de bajo peso molecular (de elección la tinzaparina en los pacientes que además presentan insuficiencia renal), con el claro objetivo de no agravar la enfermedad de la calcifilaxia, y de evitar la inestabilidad propia de la anticoagulación oral en pacientes con mala evolución clínica.