



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

242/3269 - TVP FANTASMA

P. Valiente Maresca^a, L. Gómez Villares^b, C. Almenara Rescalvo^c, S. Casarrubios Elez^d, S. Moreno Ruiz^c y M. Martínez Carramiñana^a

^aMédico de Familia. Centro de Salud Illescas. Toledo. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Illescas. Toledo. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa María de Benquerencia. Toledo. ^dMédico Residente Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sillería. Toledo.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 57 años, hipertensa y dislipémica en tratamiento con simvastatina y atenolol. Acude por dolor en muslo y pantorrilla derechos desde hace dos semanas. Hace vida activa, sin reposo prolongado reciente. No disnea ni fiebre ni trombosis previas. Dos semanas antes consultó por dolor lumbar, diagnosticado de lumbalgia mecánica.

Exploración y pruebas complementarias: Aumento de volumen en muslo y pierna, sin calor ni rubor. Dudoso Homans positivo. Pulsos pedio y femoral conservados. Al sospechar trombosis venosa profunda (TVP), decidimos derivarla a Urgencias. Se realiza eco-doppler, descartando TVP, pero objetivando adenopatías en hueco poplíteo. Se decide alta. A los 3 días, vuelve a consulta con el informe de alta, y al persistir los síntomas, volvemos a remitir a Urgencias para ampliar estudio de las adenopatías. Allí realizan analítica completa (incluyendo dímero-D), radiografía de tórax, sin alteraciones, y nueva ecografía doppler, en la que vuelven a verse las adenopatías. Se cita en Consultas Externas. Dentro del estudio de extensión, se realiza TAC, donde se observan hallazgos radiológicos compatibles con linfoma con afectación retroperitoneal, pélvica y esplénica, con compresión del territorio venoso ilíaco derecho y ureterohidronefrosis derecha por atrapamiento de uréter distal. Por ello se realiza nefrostomía, PAFF y biopsia de médula, llegándose al diagnóstico de linfoma no Hodgkin B folicular de alto grado (estadio IV). Se deriva a Oncología y se inicia quimioterapia.

Juicio clínico: Linfoma no Hodgkin B folicular de alto grado (estadio IV).

Diagnóstico diferencial: Lesiones musculares (rotura fibrilar). TVP. Insuficiencia venosa. Quiste de Baker. Celulitis. Patología inflamatoria de rodilla. Edema por calcioantagonistas. Insuficiencia cardiaca.

Comentario final: Ante un paciente con edema unilateral brusco y dolor en un miembro inferior, debemos pensar siempre en TVP, y tras descartarla, tenemos que pensar en otras posibilidades. Las traumáticas son las más frecuentes, junto a insuficiencia venosa o tratamiento con calcioantagonistas, pero hay que descartar otras, como en este caso (especialmente por las adenopatías poplíteas, que reforzarían el diagnóstico de linfedema). Además, destacar que pasó

desapercibido el dolor lumbar por el que acudió previamente, pudiendo ser una manifestación de la obstrucción ureteral que tenía secundaria a la enfermedad.

Bibliografía

1. Mohler ER. Clinical features and diagnosis of peripheral lymphedema. Uptodate, 2017.

Palabras clave: Linfedema. Linfoma. Trombosis venosa.