



CARTAS CIENTÍFICAS

Edema de extremidades inferiores y dolor lumbar

Edema of the lower extremities and lumbar pain

F. Picazo Pineda* y V. Fernández-Valenzuela

Servicio de Angiología y Cirugía Vascular, Hospital Vall d'Hebron, Barcelona, España

Varón de 38 años, sin alergias medicamentosas conocidas, fumador de 5 cigarrillos al día (factor de exposición: 3,5 paquetes-año), dislipemia en tratamiento dietético, varices en extremidad inferior derecha de años de evolución que fueron esclerosadas hace unos 4 años y adenoidectomía en la infancia.

Presenta dolor lumbar de 5 días de evolución que cede parcialmente con analgesia, el cuadro empeora sumándose náuseas, sudoración fría y malestar general, por lo que acude a urgencias de nuestro centro.

A la exploración física se observa cianosis de ambos pies, frialdad, dolor y paresia de los dedos, con ausencia de pulsos a la palpación, acompañado de intenso edema bilateral con empastamiento muscular de ambas extremidades inferiores (EEII). El resto de la exploración física es anodina.

El electrocardiograma realizado en urgencias no muestra ninguna alteración. La analítica general muestra hemoglobina y hematocrito normales, leucocitosis de $22,0 \times 10^9/\text{l}$ (con 78% de neutrofilia), creatinina 1,19 mg/dl, CK 388 U/l, LDH 665 U/l, troponina T 0,007 $\mu\text{mol/l}$, resto de parámetros normales. La radiografía de tórax se informa como normal. Se realiza una eco-Doppler de ambas EEII, observándose permeabilidad arterial y una trombosis venosa profunda femoropoplítea.

Se solicita angiogramografía computarizada toracoabdominal, en la que se observa hipertrofia de sistema hemiácigos/ácigos, con trombosis crónica de vena cava inferior abdominal (que es izquierda y a nivel infrarrenal se hace derecha), junto con trombosis aguda de venas renales y trombosis aguda desde hemiácigos hasta venas femorales de forma bilateral + tromboembolia pulmonar (TEP) bilateral de arterias segmentarias inferiores. Sin imágenes de síndrome aórtico agudo.

Dada la clínica del paciente, junto con las pruebas de imagen, se diagnostica como flecmasia cerúlea dolens (FCD) secundaria a trombosis venosa profunda (TVP) femoroiliocava.

Se decide iniciar tratamiento con medidas posturales y perfusión continua de heparina sódica a dosis anticoagulantes. Se desecha la idea de tratamiento fibrinolítico por el elevado riesgo de TEP masiva.

A las 2 h de iniciar dicho tratamiento, el paciente recupera la movilidad del pie, la cianosis disminuye de manera franca y el dolor mejora. A las 4 h el paciente recupera pulsos pedios y el dolor cede casi por completo.

Se decide su ingreso en la unidad de cuidados intensivos para controlar su evolución, que resulta excelente, pasando posteriormente a la planta de medicina interna para estudio de posibles causas desencadenantes, realizándose estudio de trombofilias, autoanticuerpos, marcadores tumorales y serologías, sin encontrar hallazgos llamativos.

Ante la estabilidad del enfermo se decidió el alta a domicilio bajo tratamiento anticoagulante con acenocumarol de forma crónica, y seguimiento ambulatorio en consultas externas de medicina interna y cirugía vascular.

La FCD es una complicación poco frecuente y muy grave de la TVP, que requiere un diagnóstico precoz y un manejo urgente.

Entre los desencadenantes descritos en la bibliografía cabe destacar las neoplasias malignas y las coagulopatías. Distintos autores han publicado casos aislados asociados a síndrome antifosfolípido¹ y carcinoma testicular². Cohen et al publicaron una serie de 6 casos, en que todos los pacientes eran portadores de hipercoagulopatías.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fppineda@alumni.unav.es (F. Picazo Pineda).

Figura 1 Corte axial donde se aprecia el inicio de la trombosis de la vena cava inferior y la vena ácigos aumentada de tamaño.

En el tratamiento inicial, actualmente no hay un criterio único y es un tema controvertido³, ya que para algunos autores, como Kutsukata et al⁴, es indicación inmediata de tratamiento quirúrgico, mientras que para otros la mejor opción es comenzar con tratamiento anticoagulante y manejo conservador.

En lo que parecen estar de acuerdo la mayoría de autores es que el enfoque terapéutico debe ser múltiple, combinando elevación de la extremidad y reposición de volumen, con terapia anticoagulante, trombólisis, intervención endovascular y/o trombectomía quirúrgica, utilizadas solas o en combinación.

A pesar de que en el caso descrito, el manejo conservador ha sido efectivo, con buena respuesta y sin necesidad de medidas invasivas, es recomendable individualizar el tratamiento y adaptarlo a las características de cada paciente.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Figura 2 Corte longitudinal donde se aprecia la vena cava inferior trombosada en todo su trayecto a la izquierda de la aorta y su cruce a la derecha a nivel infrarrenal. A la derecha de la aorta se puede ver la vena ácigos aumentada de calibre y el inicio de la trombosis en su parte más distal.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Padjas A, Brzezinska-Kolarz BM, Undas A, Musial J. Phlegmasia cerulea dolens as a complication of deep vein thrombosis in a man with primary antiphospholipid syndrome. *Blood Coagul Fibrinolysis*. 2005;16:567-9.
2. Chirivella I, Teruel A, Magro A, Insa A, Rodríguez E, Cervantes A. Flegmasia cerulea dolens en paciente con carcinoma testicular. *Actas Urol Esp*. 2006;30:1043-5.
3. Falcón F, Pereda M, Maripangui M, Campos A, Sarmiento M. Flegmasia cerulea dolens: reporte de un caso y revisión de la literatura. *Rev Hosp Clín Univ (Chile)*. 2010;21:124-7.
4. Kutsukata N, Mashiko K, Matsumoto H, Hara Y, Sakamoto Y, Yokota H, et al. Surgical venous thrombectomy for Japanese patients with acute deep vein thrombosis: a review of 5 years' experience. *J Nihon Med Sch*. 2010;77:155-9.