



Imágenes

Tromboflebitis espontánea en extremidad superior

Spontaneous thrombophlebitis in upper limb

Ana M. García-Rodríguez^{a,b,c,*}, Miguel J. Sánchez-Velasco^{a,b,c} e Isabel González Melgosa^{a,b,c}^a Medicina Familiar y Comunitaria y Análisis Clínicos, Centro de Salud de Portillo, Arrabal de Portillo, Valladolid, España^b Medicina Familiar y Comunitaria y Medicina Legal y Forense, Gerencia de Emergencias de Castilla y León, UME de Medina del Campo, Medina del Campo, Valladolid, España^c Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud de Portillo, Valladolid

Caso

Mujer de 49 años que acude a urgencias del centro de salud por dolor y eritema en extremidad superior derecha (ESD), de inicio espontáneo y unos 3 días de evolución, sin ninguna clínica respiratoria asociada, antecedente traumático ni enfermedad mamaria. No reseña antecedentes personales ni laborales de interés y su estudio mamográfico reciente está dentro de la normalidad.

A la exploración se constata un pulso radial conservado, zona eritematosa circundante al codo más acentuada en zona braquial y tercio superior antebraquial cara medial, con un leve aumento subjetivo de perímetro de ESD. La paciente refiere dolor espontáneo que se exacerba a la palpación local.

Ante la sospecha de flebitis/flebotrombosis se realiza ecodoppler en consulta, con ecógrafo portátil de bolsillo, donde se visualiza imagen hiperecogénica en interior de la vena humeral que impide la coaptación del vaso a la presión local con transductor lineal (7,5 Mhz) y flujo interrumpido al aplicar doppler (fig. 1) (Video 1 y 2, Anexo. Material adicional).

La valoración en urgencias hospitalarias es de tromboflebitis de vena basilica ESD, con pauta al alta de heparina de bajo peso molecular (HBPM) 45 días a dosis profilácticas, AINE cada 8 h/5 días, una media de compresión para extremidad superior y recomendaciones generales.

En atención primaria se solicita analítica con biomarcadores de fase aguda y marcadores tumorales, con resultados normales. El estudio de trombofilia completado por el servicio de hematología también es normal.

Discusión

Solo del 4 al 10% de los episodios de TVP acontecen en la ES. Existe la sospecha de su infradiagnóstico, debido a la posibilidad de un curso asintomático o con levedad de síntomas¹.

Ya la TV primaria ocurre en el 20-50% de todos los episodios de TVP de ES.

La forma primaria o espontánea (20%) suele estar asociada a causas anatómicas como el síndrome de la entrada torácica, tras esfuerzo físico, por ejemplo, en atletas jóvenes, o en relación a movimientos o posturas laborales mantenidas con el brazo dominante, a causa de traumatismos repetidos de la subclavia contra la primera costilla e hipertrofia de los escalenos^{1,2}.

La clínica puede ser muy variable, desde cursar de modo asintomático hasta la *flegmasia dolens*, en la que peligra la integridad de ES.

Las formas secundarias (80%) suelen estar asociadas a catéteres centrales, cáncer, cirugía, embarazo, hiperestimulación ovárica, inmovilización y trombofilias, entre otros³.

La prueba de imagen más usada es la ecografía doppler con una sensibilidad del 97% y una especificidad del 96%. La tomografía axial computarizada (TAC) o flebografía por resonancia magnética nuclear (RMN) son útiles ante una ecografía indeterminada².

El diagnóstico diferencial incluye celulitis, linfangitis, rotura fibrilar o afectación musculoesquelética principalmente.

Las venas más frecuentemente afectadas son la subclavia (62%), la axilar (45%) y la yugular interna (45%). En la TV superficial se ven afectadas las venas cefálica, basilica y cubital medial³.

Complicaciones típicas son el síndrome postrombótico y la recurrencia. Complicaciones graves y menos frecuentes son el tromboembolismo pulmonar (varía de un 2-35 frente al 29% en EI) y el síndrome de vena cava superior.

La mortalidad, de un 15 a un 50%, está determinada fundamentalmente por la enfermedad subyacente.

El tratamiento se basa en anticoagulación inmediata continuada no más de 3 meses en la forma primaria, y las pautas son las mismas en la TVP de ES que en la EI⁴⁻⁶.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: anmagar67@hotmail.com (A.M. García-Rodríguez).

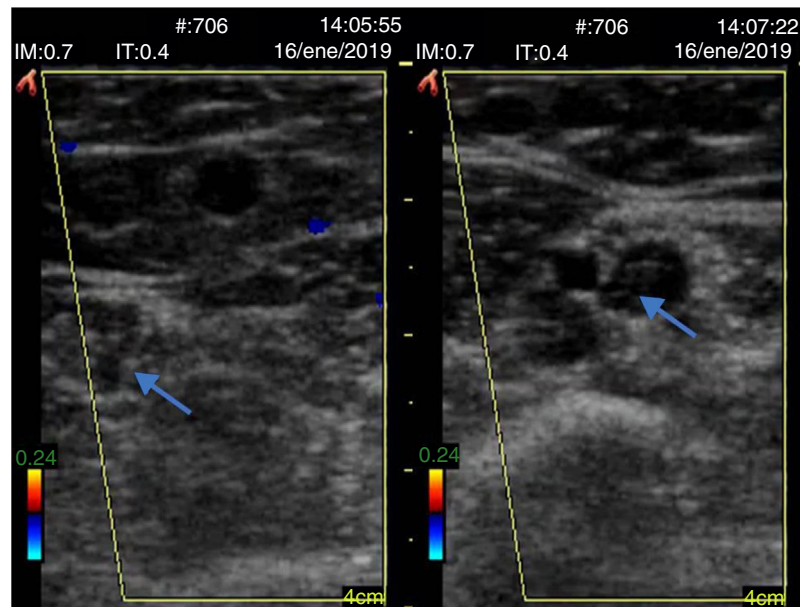


Figura 1. Se observa vena basilíca a nivel de tercio superior braquial (imagen de la izquierda) y tercio inferior próximo a fosa antecubital (imagen de la derecha) con material hiperecogénico en el interior de su luz, que impide la coaptación del vaso e interrumpe el flujo sanguíneo.

Conclusiones

La frecuencia de TV en ES puede ser mayor de lo esperado, incluso en personas jóvenes sanas paucisintomáticas.

La sospecha clínica puede confirmarse, desde AP, comprobando la compresibilidad venosa y la visualización del flujo mediante eco-doppler (S: 97%, E: 96%).

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.appr.2019.05.001](https://doi.org/10.1016/j.appr.2019.05.001).

Bibliografía

- 1 Chen AWY, Orail Yazdani K, Candilio L. Upper Limb Deep Vein Thrombosis: A Case Report of an Increasingly Common Condition. *J Tehran Heart Cent* [Internet] 2018;13(2):73–5 [citado 22 de Feb 2019] Disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6246438/.

- 2 Kucher N. Clinical practice. Deep-vein thrombosis of the upper extremities. *N Engl J Med* [Internet] 2011;364(9):861–9 [citado 22 de Feb 2019] Disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21366477.
- 3 Heil J, Miesbach W, Vogl T, Bechstein WO, Reinisch A. Deep Vein Thrombosis of the Upper Extremity. *Dtsch Arztebl Int* [Internet] 2017;114(14):244–9 [citado en 12 Feb 2019] Disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5415909/.
- 4 Bleker SM, van Es N, Kleijman A, Büller HR, Kamphuisen PW, Aggarwal A, et al. Current management strategies and long-term clinical outcomes of upper extremity venous thrombosis. *JTH* [Internet] 2016;14(5):973–81 [citado en 12 Feb 2019] Disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26866515.
- 5 Noyes AM, Dickey J. The arm is not the leg: pathophysiology, diagnosis, and management of upper extremity deep vein thrombosis. *R I Med J* (2013) [Internet] 2017;100:33–6 [citado en 25 Feb 2019] Disponible en: ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28459919.
- 6 Mintz A, Shawn Levy M. Upper Extremity Deep Vein Thrombosis. *American College of Cardiology* [Internet] 2017 [citado en 26 Feb 2019]. Disponible en: www.acc.org/latest-in-cardiology/articles/2017/11/09/13/30/upper-extremity-deep-vein-thrombosis.