



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/1610 - Doctora, tengo la pierna hinchada: TEP masivo

M.M. Díaz Sánchez^a, M.P. Díaz Sánchez^b y J.M. Ibancos Arnaldo^c

^aMédico Residente de 1^{er} año. Centro de Salud Nuestra Señora de la Oliva. Alcalá de Guadaira. Sevilla. ^bMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Calesas. Madrid Centro. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Nuestra Señora de la Oliva. Alcalá de Guadaira. Sevilla.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 49 años que, a consecuencia de accidente de tráfico, presenta fractura bimalleolar izquierda. Es intervenido practicándose reducción abierta y fijación interna con placas y tornillos en peroné. Durante el primer mes de postoperatorio, se inmoviliza con férula y se prescribe heparina de bajo peso molecular, retirándose ambas al final del mismo. El inicio de apoyo del miembro inferior, sin embargo, no se recomienda hasta las ocho semanas. Durante este tiempo, el paciente presenta un aumento progresivo del volumen del miembro lesionado, motivo por el que consulta. Lleva vida cama-sillón desde la operación, refiere cansancio y leve dificultad respiratoria al asearse, que relaciona su situación de sedentarismo. Tras la exploración física, la lectura del electrocardiograma y ante nuestra sospecha diagnóstica, decidimos traslado a urgencias del hospital para la realización de pruebas complementarias.

Exploración y pruebas complementarias: Auscultación: Corazón rítmico, sin soplos. Buen murmullo, sin ruidos patológicos. Miembro inferior izquierdo: Edematización desde pie a raíz del muslo, con fóvea a la digitopresión. Doloroso a nivel posteriomedial del muslo. Pulsos palpables. Sin alteración de la sensibilidad ni aumento de la temperatura. Electrocardiograma (realizado en centro de salud): Ritmo sinusal, PR normal, QRS estrecho, onda Q en III con T isoelectrica. A su llegada al hospital, se realiza analítica con dímero D (> 5.000). Radiografía de tórax: hilos aumentados de tamaño de aspecto vascular. Elevación hemidiafragma derecho. Ecodoppler: Sistema venoso profundo, vena femoral común, femoral superior y poplítea ocupada por trombo, no colapsable a la compresión extrínseca. AngioTAC: Hallazgos en relación con tromboembolismo pulmonar agudo con afectación de prácticamente todas las ramas segmentarias de ambos hemitórax, sin signos de sobrecarga cardíaca derecha.

Juicio clínico: Trombosis venosa profunda y tromboembolismo pulmonar secundarios a inmovilización sin profilaxis antitrombótica.

Diagnóstico diferencial: Se descartan procesos infecciosos como posible causa del aumento de tamaño del miembro, dada la ausencia de fiebre, de aumento de temperatura local y de leucocitosis con desviación izquierda en la analítica.

Comentario final: La relevancia del caso clínico recae sobre dos puntos fundamentales: por una parte, lo esencial de la entrevista dirigida y orientada según sospechas diagnósticas, la exploración física exhaustiva y la indicación de derivación a urgencias hospitalarias para completar estudio. Por otro lado, recordar la necesidad de mantener la profilaxis antitrombótica, fundamentalmente en procesos abdominales y de miembros inferiores que requieran la inmovilización del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Falck-Yatter Y, Francis C, Johanson N, Curley C, et al. Prevention of VTE in Orthopedic Surgery Patients: Anthithrombotic therapy and prevention of thrombosis, 9th edition: American College of Chest Physicans Evidence-Based clinical practice guidelines. Chest. 2012;141: 278-325.
2. Kesieme E, Kesieme C, Jebbin N, Irekpita E, Dongo A. Deep vein thrombosis: a clinic review. J Blood Meed. 2011;2:59-69.
3. O'Lowe G. Mesurement of thrombosis and its prevention. Br J Clin Pharmacol. 2002;54:96-100.