



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/2474 - Qué mala pata, doctor

M.S. Fernández Guillén^a, A.M. Fernández López^b, M. Martínez Hernández^c, R.F. Sánchez Lizarraga^d, E.M. Fernández Cueto^e, M. González^f, C. Celada Roldán^g y M. García Aroca^h

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mar Menor. Cartagena. Murcia. ^bMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Algar. Cartagena. Murcia. ^cMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Algar Mar Menor. Cartagena. Murcia. ^dMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Algar Mar Menor. Cartagena. Murcia. ^eMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Algar Mar Menor. Cartagena. Murcia. ^fMédico Residente de 2º año. Centro de Salud El Algar Mar Menor. Área II. Cartagena. ^gMédico Residente de 2º año de Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Los Dolores. Cartagena. Murcia. ^hMédico Residente de 3º año de Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Los Dolores. Cartagena. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 37 años que acude a urgencias por dolor a nivel de miembro inferior derecho. Refiere ablación cardiaca tres días antes de la consulta. Presenta dolor y aumento de perímetro en muslo derecho que ha progresado hasta región gemelar en las últimas 24 horas. No dolor torácico, disnea ni pico febril. No otra sintomatología de interés. Entre sus antecedentes destaca: fumador activo. Síndrome ansioso. Episodio único de cólico nefrítico en 2011. Ablación de vía por Taquicardia por reentrada nodal común hace 5 días. Intervenido de fractura de tibia derecha. Sin tratamiento actualmente.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 108/72. Buen estado general. Eupneico. Afebril. No ingurgitación yugular. ACP: Rítmica sin soplos audibles. MVC sin ruidos patológicos. Extremidades: hematoma en región inguinal derecha con aumento de perímetro de muslo derecho y menos de pierna derecha, dolorosa a la palpación. No cordón venoso palpable. Pulsos poplíteo y pedio presentes aunque disminuido en comparación con contralateral. Temperatura distal asimétrica. Signo de Homans negativo. Analítica: glucosa 126, creatinina 1,02, urea 38, Na 141, K 3,8, Cl 102, bilirrubina total 0,4, PCR 3,4. Hemograma: Hb 13,5, Hto 39,2%, VCM 86,3, leucocitos 13.860, neutrófilos 8.900, monocitos 1.510, plaquetas 109.000. Pruebas de coagulación: TP 1,2, TTPA 1,0, dímero-D 82.074. Radiografía de tórax: sin alteraciones en marco óseo ni pleuroparenquimatosas. Ecografía Doppler venoso de MID: trombosis del tercio distal de la vena iliaca externa, la vena femoral común, superficial y la profunda visible y vena poplítea con extensión a troncos infrapoplíteos en el MID.

Juicio clínico: Trombosis venosa profunda de miembro inferior derecho tras intervencionismo cardiaco.

Diagnóstico diferencial: Síndrome postrombótico, flebitis y tromboflebitis superficial, lesiones musculo tendinosas, isquemia aguda.

Comentario final: La TVP es una patología prevalente que aparece por combinación de estasis sanguíneo, daño endotelial e hipercoagulabilidad. Ante un paciente que presenta edema doloroso del miembro inferior, la trombosis venosa profunda suele ser el diagnóstico de presunción hasta que se demuestre lo contrario. En ocasiones el diagnóstico clínico no es fácil. Los signos clásicos de la trombosis venosa profunda (edema,

dolor, decoloración, signo de Homans), así como la elevación del dímero-D, son inespecíficos y pueden estar presentes en otras entidades. La ecografía Doppler es la técnica de elección para el estudio de las venas de los miembros inferiores. El estudio ecográfico completo, permite no sólo un adecuado diagnóstico y tratamiento, sino además detectar otras lesiones que, en ocasiones, pueden simular clínicamente la trombosis venosa. Su diagnóstico es importante ya que puede cambiar significativamente el tratamiento del paciente. El tratamiento de elección es la HBPM a dosis terapéutica, seguido de anticoagulación oral con acenocumarol durante al menos 3 meses. La profilaxis, tanto en pacientes médicos como quirúrgicos, se basa en la estimación individual de riesgo, el empleo de medidas generales (movilización precoz, hidratación, medias de compresión) y HBPM.

BIBLIOGRAFÍA

1. Prodigy. Deep venous thrombosis. [Internet] Febrero 2001 [consultado 09/07/2008] Disponible en: http://cks.library.nhs.uk/deep_vein_thrombosis.
2. Rubio T, Jiménez FJ. Prevención de la enfermedad tromboembólica venosa. Boletín de Información Farmacoterapéutica de Navarra. 2005;13:35-44.