



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/860 - ¿Enfermos o enfermedades?

M.N. Plasencia Martínez<sup>a</sup>, M.S. Fernández Guillén<sup>b</sup>, S. López Zacarez<sup>c</sup>, A.M. Fernández López<sup>b</sup>, C. Celada Roldán<sup>d</sup>, E.R. Schmucke Forty<sup>e</sup>, A.E. Pérez Díaz<sup>a</sup>, E.M. Fernández Cueto<sup>b</sup>, L. Tomás Ortiz<sup>c</sup> y M. Martínez Hernández<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente. Centro de Salud San Antón. Cartagena. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud El Algar Mar Menor. Cartagena. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Oeste. Murcia. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Dolores. Cartagena. <sup>e</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casco. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 24 años con AP de asma bronquial en infancia y varicocele en teste derecho con trombosis de vena espermática en 2012. No AF de interés ni tratamiento previo. Acude a consulta por dolor en hueco poplíteo y zona posterointerna de muslo derecho de varios días de evolución tras antecedente de inmovilización prolongada por su trabajo como buzo en planta petrolífera con inmersiones prolongadas y un vuelo de 20 horas en las semanas previas al cuadro. Se remite a hospital para realización de eco Doppler que confirma TVP extensa en MID tratada inicialmente con acenocumarol y enoxaparina. Tras estudio se confirma déficit de proteína S y con los antecedentes de trombosis atípica a nivel testicular se decide anticoagular indefinidamente, sin embargo, con el trabajo del paciente le impide acceso a controles de INR se decide usar un nuevo anticoagulante directo (no requiere control IINR) a pesar de no haber evidencias de su uso en trombofilias.

**Exploración y pruebas complementarias:** EG, consciente y orientado, normohidratado y normocoloreado. Afebril. Eupneico. Saturación O<sub>2</sub> basal 98%. AC: rítmico, sin soplos. AP: mvc, sin ruidos añadidos. MMII: aumento del perímetro de pierna derecha sin otros hallazgos. Analítica URG: dímero D 1.420. Resto normal incluida coagulación. Rx tórax: sin hallazgos patológicos. Eco doppler de MID: cayado de safena permeable. Ocupación de vena femoral común distal, superficial, profunda (hasta segmento proximal valorable), poplítea, con extensión a tronco tibio-peroneo y ramas gemelares.

**Juicio clínico:** TVP extensa de MID

**Diagnóstico diferencial:** Linfangitis, tumores de tejidos blandos, lesiones deportivas, hernias, celulitis, abscesos, artritis, quistes poplíteos rotos y tromboflebitis. Edema hidrostático de tejidos blandos secundario a insuficiencia cardiaca y renal.

**Comentario final:** Este caso ilustra la importancia de adecuar los tratamientos clásicos establecidos para diferentes patologías bien conocidas según la situación vital del paciente incluso llegando a usar tratamientos como los nuevos anticoagulantes orales para indicaciones no contempladas en guía, siempre evaluando el riesgo-beneficio y la seguridad del fármaco.

### Bibliografía

1. Dahl OE, Schulman S, et al. Prevention of VTE in Orthopedic Surgery Patients: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9<sup>th</sup> ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest*. 2012;141(2 Suppl):e278S-325S.

*Palabras clave:* Autonomía. NACOs. Individualizar. Trombofilias.