



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/2791 - Hinchada

G. Salvador Salvador<sup>a</sup>, C. Bedoya Sánchez<sup>a</sup>, S.M. Bello Benavides<sup>b</sup>, F. Attardo<sup>b</sup>, R.P. Torres Gutiérrez<sup>c</sup>, I. Salvador Salvador<sup>d</sup>, M.A. Evia Arceo<sup>e</sup>, J.A. López Riquelme<sup>f</sup> y F. Reviejo Rodríguez<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Ávila-Estación. Ávila. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Ávila Sur Este. Ávila. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Ávila-Sur Oeste. Ávila. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Orcasitas. Madrid. <sup>e</sup>Médico General. Grupo Novo Estetic Córdoba S. Madrid. <sup>f</sup>Médico Residente de Traumatología. Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer, 48 años, anexitomía por endometriosis previa, consulta por edemas en piernas presentando varices, gigantes en muslo izquierdo. Tras valoración y confirmación por doppler de insuficiencia valvular y dilatación varicosa de safena interna de MID y tributarias, queda en LEQ con hidrosmina, torasemida y medias. Intervenida por agravamiento en MID semanas después, evidencian en ecodoppler preoperatorio gran trombo flotante en safena varicosa. Iniciamos sintrom y estudio de coagulación. Semanas después en un control de INR presenta edema hasta raíz, acompañado de dolor abdominoguinal derecho.

**Exploración y pruebas complementarias:** Abdomen: blando, doloroso a la palpación profunda en hipogastrio constatándose masa hasta ombligo. No adenopatías. EID: Edema y empastamiento hasta raíz, rubor y calor, homans y pulsos pedios difíciles de palpar. Hemograma, perfil general, hepático y renal normales.

Coagulación: INR 3,1. dímero-D 454 ng/ml. Marcadores: Ca12.5: 141, CEA, Ca19.9 y alfafetoproteína normales. Ecografía abdominal: tromboesclerosis de vena safena interna y alguna de sus ramas poscirugía. Gran masa abdominopélvica de predominio quístico con polos sólidos, de probable origen anexial. TAC toracoabdominopélvico: Probable carcinoma de ovario derecho, con posibilidad de infiltración uterina y de rotura capsular focal. Lesión focal periférica hepática en segmento II ( posible implante capsular).

Adenopatías inguinales e iliacas externas derechas. Ureterohidronefrosis derecha grado III por compresión ureteral de masa. A. patológica: adenocarcinoma papilar seroso moderadamente diferenciado.

**Juicio clínico:** Carcinoma ovárico.

**Diagnóstico diferencial:** TVP, tumores: útero, colon, riñón...

**Comentario final:** El edema rebelde unido al antecedente trombótico y el dolor abdominoinguinal hacía sospechar un sd. De vena cava inferior (aún sin palparse inicialmente masa), derivándose a urgencias ya que, aunque la mitad de los casos de éste se deben a la progresión trombótica desde vena ilíaca, la otra mitad obedece a procesos proliferativos de vecindad, carcinoma renal y hepático que pueden propagarse por vía intramural desde venas renales o hepática a cava inferior. Sin olvidar la posibilidad de compresión de la misma por tumores abdominales o pélvicos, entre ellos los uterinos y ováricos, asociándose éste último con mucha frecuencia a fenómenos tromboembólicos.

## Bibliografía

1. Menon KV, Shah V, Kamath PS. The Budd-Chiari syndrome. *N Engl J Med.* 2004;350:578-85.
2. Ciril Ferreras Rozman, Medicina Interna, Ediciones Harcourt, 14<sup>a</sup> ed, 2000.

*Palabras clave:* *Masa abdominal. Carcinoma ovárico. Sd. vena cava inferior.*