



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/159 - Cuando la clínica manda...

M. Peiró Camaró Adán^a, C. Clemente Callejo^a, J.L. Lechuga Martos^b, P. Matías Soler^b, L.M. Matus^c, M.C. Trujillo Fox^c, A. Estrada Suela^d, D. Redondo Domínguez^c, L. Mateos Sánchez^c y R. Perales Muñoz^b

^aMédico de Familia. Centro de Salud Espronceda. Madrid. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; ^cMédico de Familia. Centro de Salud Águilas. Madrid. ^dMédico de Familia; ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Eloy Gonzalo. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 37 años en seguimiento en consultas de enfermedad tromboembólica. Antecedentes de TEP bilateral en 2002 mientras usaba anticonceptivos orales, con estudio de trombofilia negativo, tratada con Sintrom 1,5 años y suspensión de ACO. TVP en 2014 en la semana 25 de embarazo a pesar de HBPM profiláctica. Trombosis de VCI en febrero 2015 reiniciándose sintrom hasta octubre 2015 cuando se suspendió por d-dímeros negativos y eco abdominal sin trombo. Ahora acude a urgencias por dolor y tumefacción mínima SIN empastamiento en MII de 10 horas de evolución.

Exploración y pruebas complementarias: Analítica de sangre con Hb 13,4 g. Leuc 7,710. N 59,6%, plaq 307.000, TP 79%, INR 1,18, D-dímero 441,6 ng/dl. Función renal normal. Eco: dados los antecedentes de la paciente y a pesar de marcador negativo pero ante clínica similar a otras TVP que había tenido la paciente se decide eco dober de MII. El resultado: trombosis de la vena ilíaca superficial izquierda y del sistema venoso profundo del MII. Vena ilíaca común y cava permeables.

Juicio clínico: Trombosis venosa profunda en MII.

Diagnóstico diferencial: Hematoma espontáneo en zona de gastrocnemios. Celulitis/linfangitis. Insuficiencia venosa crónica o síndrome posflebítico. Tromboflebitis superficial. Rotura de quiste de Baker. Rotura de fibras musculares. Isquemia arterial aguda. Compresión extrínseca por tumores o hematomas en crecimiento. Edemas (ICC, nefropatía con proteinuria...).

Comentario final: A pesar de las ayudas diagnósticas en la actualidad debemos ser clínicos por encima de todo y fiarnos de la clínica y de la exploración, pues éstas son el eje del diagnóstico. Se trató con NACOS; rivaroxaban 20 mg cada 24h y dada la edad y los antecedentes de la paciente se decidió que esta paciente debería estar anticoagulada de manera indefinida.

Bibliografía

1. Kahn S. The clinical diagnosis of Deep Venous Thrombosis Integrating incidence, risk factors, and symptoms and signs. Arch Intern Med. 1998;158:2315-23.
2. Otero Candelera R, González Vergara D. Enfermedad tromboembólica venosa. Diagnóstico y tratamiento. 2010.

3. Cushman M, Folsom AR, Wang L, Aleksic N, Rosamond WD, Tracy RD, et al. Fibrin fragment D-Dimer and the risk of future venous thrombosis. *Blood*. 2010;101:1243.
4. Kemmerem JM, Algra A, Grobbee D. Third generation oral contraceptives and risk of venous thrombosis: meta-análisis. *BMJ*. 2001;323:1-9.

Palabras clave: *Trombosis venosa profunda. Anticoncepción oral. Anti coagulación oral.*