



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/1365 - SOSPECHA DE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA EN URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

T. Martínez Rosado<sup>a</sup>, M. Lloret Arabí<sup>b</sup>, M. Samaniego Fernández<sup>c</sup>, T. Colomer Durán<sup>b</sup>, P. Roman Muñoz<sup>d</sup> y L. Ojeda Lores<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Terrassa Sud. Barcelona. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Sant Cugat. Terrassa. Barcelona. <sup>c</sup>Médico Residente de Familia. Hospital Universitario Mútua de Terrassa. Barcelona. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Terrassa Sud. <sup>e</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Vall d'Oreix. Terrassa. Barcelona.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 72 años que refiere en las últimas 24h aumento del diámetro de la extremidad inferior derecha junto con enrojecimiento y dolor. Refiere sensación disneica de aparición en las últimas horas y inmovilización en la última semana por entorsis en tobillo. Antecedentes patológicos: hipertensión arterial, dislipemia, obesidad mórbida.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA 144/78 mmHg, FC 97 lpm, FR 28 rpm, T 36, °C, SatO<sub>2</sub> 96% basal. Cardiovascular: TCR sin soplos. Respiratorio: MVC sin ruidos sobreañadidos. EEII: derecha, aumento del perímetro con enrojecimiento, aumento de temperatura, se palpa cordón varicoso, Homans positivo. ECG: ritmo sinusal, FC 90 lpm, sin alteraciones en la repolarización. Rx de tórax: sin alteraciones. GSA basal: pH 7,42, pCO<sub>2</sub> 25mmHg, pO<sub>2</sub> 76mmHg, CO<sub>2</sub>H 20 mmHg, EB 8,3, SatO<sub>2</sub> 97%. Analítica: Hto 52%, Hb 15 g/dL, plaquetas  $150 \times 10^9/L$ , leucocitos  $7,19 \times 10^9/L$  (N 70%, L10%, Mo9,5%) PCR 7,55 mg/L, glucosa 101 mg/dl, urea 24 mg/dl, creatinina 0,97 mg/dL, Na 136 mmol/L, K 4,6 mmol/L. D-dímero: 2.646 ng/mL. Ecografía-Doppler: ocupación semicompleta de la vena femoral común, superficial y poplítea, con ausencia de flujo, compatible con trombosis. TAC-tórax: no se observan defectos de repleción que sugieran la presencia de tromboembolismos.

**Juicio clínico:** Dada la sospecha de trombosis venosa profunda (TVP) con posible tromboembolismo pulmonar secundario se deriva a Urgencias. Se realiza determinación de D-dímero obteniéndose un resultado elevado, por lo que se solicita Ecografía doppler que confirma TVP. Dado que la paciente refiere disnea con taquipnea se solicita TAC-tórax que descarta tromboembolismo pulmonar. Se inicia tratamiento anticoagulante, administrándose HBPM a dosis terapéuticas (enoxaparina 1 mg/Kg/12h) hasta conseguir un INR de 2-3 y posteriormente pasar a tratamiento con anticoagulación oral. La duración del tratamiento será de al menos 3 meses ya que se trata de una paciente con factor de riesgo reversible.

**Diagnóstico diferencial:** Traumatismo. Insuficiencia venosa crónica. Celulitis. Linfangitis. Edema medicamentoso. Insuficiencia cardíaca.

**Comentario final:** La TVP es una patología prevalente. Aparece por la combinación de estasis sanguínea, daño endotelial e hipercoagulabilidad. La frecuencia aumenta cuando existen factores de riesgo como son la inmovilización, neoplasias, o procesos infecciosos. La estrategia diagnóstica ideal se basa en la combinación de la probabilidad clínica (Escala Wells), el dímero D y la ultrasonografía Doppler. El tratamiento de

elección es la HBPM a dosis terapéutica.

### Bibliografía

1. Villa R, Veiras O. Trombosis Venosa profunda. AMF. 2009;5(1):11-20.
2. Landaw SA, Bauer KA. Approach to the diagnosis and therapy of deep vein thrombosis. Up To date.

**Palabras clave:** Trombosis venosa profunda. Tromboembolismo pulmonar.