Semergen. 2016;42(Espec Congr 10):33

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

204/155 - Trombosis Venosa-Sarcoma de Ewing

Z. Soneira Rodríguez[a], M.B. Negueruela García[b], M.J. Reina Rodríguez[c], G. Sgarmella[d], C. Fernández Pereda[e], M. Lara Torres[f], B. Sainz Santos[g], S.F. Pini[f], J. José Parra[h] y M. González Ruiz[b]

[a]Médico de Familia. Urgencias; [b]Médico de Urgencias; [d]Hospitalización Domiciliaria. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. [c]Médico de Familia. Servicio Cántabro de Salud. Cantabria. [e]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camargo Costa. Cantabria. [f]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camargo Interior. Cantabria. [g]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CS General Dávila. Cantabria. [h]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Sardinero. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 14 años con antecedentes personales de Dermatitis atópica. Asma leve intermitente. Presenta cuadro de lumbalgia de características mecánicas desde hace dos años, en seguimiento por Ortopedia. Acude a consulta por presentar aumento de diámetro de muslo izquierdo, realizándose ecografía abdominal y de extremidades inferiores sin hallazgos. TrAs tratamiento con ibuprofeno, persiste tumefacción de pierna y dolor lumbar mecánico por lo que se remite a urgencias para estudio y nueva valoración.

Exploración y pruebas complementarias: Peso 39,800 kg. Talla 148,5 cm. Tª 35,9 ºC. TA 124/70. FC 65. BEG. Bien hidratado y perfundido. Buen color de piel y mucosas. AP: Normal. AC: soplo sistólico I/VI multifocal. Abdomen blando, depresible, sin visceromegalias. Ap locomotor: muslo izquierdo de 44 cm de diámetro y discreto aumento de pierna con aumento de circulación superficial. Sin asimetrías neurológicas motoras significativas, claudicación álgica para la marcha de talones en extremidad inferior izquierda. ROTs normales, reflejo cutáneo plantar flexor bilateral, no dismetrías, no Romberg, no alteraciones sensitivas. Hemograma: Hb 12,3 g/dl, Hto 35,4%, VCM 84 fl, HCM 29 pg, plaquetas 177.000. Leucocitos 6.400 (S 64,3; L 24,9; M 6,9). Bioquímica: glucosa 90 mg/dl, urea 29 mg/dl, creatinina 0,53 mg/dl, LDH 224 U/L, Na 140 mEq/l, K4,4 mg/dl, cloro 104 mEq/l, CK 105 U/L, PCR 0,2 mg/dl. Coagulación: actividad de protrombina 92%, dímero D 1037 ng/ml. Eco Doppler EEII: se explora el sistema venoso de la extremidad inferior izquierda, identificándose una trombosis de la vena ilíaca externa izquierda y de parte de la vena ilíaca común. El sistema venoso de la extremidad a partir de esta localización se encuentra permeable. Adenopatías inguinales izquierdas. RMN lumbar: masa tumoral de larga evolución que rellena el espacio epidural del canal raquídeo desde L3 hasta S1 con extensión extraforaminal a espacio paravertebral y presacro así como infiltración parcial de hemivértebra L5.

Juicio clínico: Trombosis venosa profunda ilíaca secundaria a sarcoma de Ewing.

Diagnóstico diferencial: Lumbalgia, TVP, trombofilias, neoplasia.

Comentario final: Los sarcomas óseos son tumores muy infrecuentes y afectan sobre todo a niños y

a adolescentes, constituyen la quinta causa de cáncer en adolescentes y jóvenes entre 15 a 19 años, una tercera parte son sarcomas de Ewing. El sarcoma de Ewing es muy poco frecuente en adultos, afecta fundamentalmente huesos largos y pelvis. Las presentaciones más comunes de la trombosis venosa son la trombosis venosa profunda (TVP) de la extremidad inferior y de la embolia pulmonar. Las causas de trombosis venosa se pueden dividir en hereditarias y adquiridas. Aproximadamente el 20% de los pacientes con TVP tiene una neoplasia maligna conocida, sin embargo, la TVP puede preceder al diagnostico de neoplasia en pacientes sin factores de riesgo identificable en un 3,3% de los casos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Heit JA, O&#39Fallon WM, Petterson TM, et al. Relative impact of risk factors for deep vein thrombosis and pulmonary embolism: a population-based study. Arch Intern Med. 2002;162:1245.

2. Prandoni P, Lensing AW, Büller HR, et al. Deep-vein thrombosis and the incidence of subsequent symptomatic cancer. N Engl J Med. 1992;327:1128.

3. Sørensen HT, Mellemkjaer L, Steffensen FH, et al. The risk of a diagnosis of cancer after primary deep venous thrombosis or pulmonary embolism. N Engl J Med. 1998 338:1169.

4. Douketis JD, Gu C, Piccioli A, et al. The long-term risk of cancer in patients with a first episode of venous thromboembolism. J Thromb Haemost. 2009;7:546.

5. Bauer KA. Venous thromboembolism in malignancy. J Clin Oncol. 2000;18:3065.

6. Ginsberg JP, Woo SY, Hicks MJ, Horowitz ME. Ewing&#39s sarcoma family of tumors: Ewing&#39s sarcoma of bone and soft tissue and the peripheral primitive neuroectodermal tumors. En: Pizzo PA, Poplack DG, eds. Principles and Practice of Pediatric Oncology, 4th ed, Lippincott, Williams and Wilkins, Philadelphia, 2002.

7. Cotterill SJ, Ahrens S, Paulussen M, et al. Prognostic factors in Ewing&#39s tumor of bone: analysis of 975 patients from the European Intergroup Cooperative Ewing&#39s Sarcoma Study Group. J Clin Oncol. 2000;18:3108.

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.