



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 204/213 - Dímero D: Juez o Verdugo

A. Asturias Saiz<sup>a</sup>, M.A. Hidalgo González<sup>a</sup>, A. Aldama Martín<sup>b</sup>, A. Casal Calvo<sup>b</sup>, J.L. Cepeda Blanco<sup>b</sup>, A. Nofan Maayah<sup>c</sup> y V.E. Choquehuanca Núñez<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. CS Dávila. Santander. <sup>b</sup>Médico de Familia; <sup>c</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camargo Costa. Maliaño. <sup>d</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Isabel II. Santander.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente varón de 52 años. AP: dislipemia; glioblastoma multiforme hemisférico derecho (radioterapia y quimioterapia), con enfermedad estable mantenida; TVP femoro-poplítea izquierda; TEP bilateral tras haber suspendido la anticoagulación. Tratamiento habitual: Keppra; Innohep; omeprazol; Lexatin. IQ: varices en MMII. Acude por cuadro de dolor en MII y región glútea izquierda, tipo opresivo que comenzó el día anterior. Refiere aumento de temperatura local que se acompaña de hinchazón de la misma. No dolor torácico, ni sensación de disnea. Afebril

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general. Bien hidratado, coloreado y perfundido. Hemodinámicamente estable. AC: rítmica, no soplos. AP: MVC, no ruidos patológicos. Abdomen: anodino. MMII: ligero edema no empastado en región proximal de MII, se acompaña de signos inflamatorios. Hommans positivo. Pulsos pedios positivos y simétricos. Analítica: bioquímica: normal. Hemograma: normal. Coagulación: dímero D: 11.277. Rx de tórax: no hallazgos patológicos de interés. Eco doppler EII: signos de TVP en todo el territorio femoropoplíteo izquierdo.

**Juicio clínico:** TVP (trombosis venosa profunda).

**Diagnóstico diferencial:** Retrombosis. Progresión de la TVP a territorios distales.

**Comentario final:** Existen diferentes factores asociados al riesgo aumentado de TVPR (trombosis venosa profunda recurrente) como la deficiencia hereditaria de inhibidores del sistema de coagulación, el más frecuente es la deficiencia del factor V de Leiden. El dímero D puede ser una herramienta útil en el diagnóstico: los niveles disminuyen paralelamente con el paso de los días, desde la aparición de los síntomas de sospecha de ETEV. De modo que, los niveles más altos se mantienen por unos 7 días tras la trombosis, cayendo a un 25% del máximo en la 2<sup>a</sup> semana, para después continuar disminuyendo, hasta que regresa a la normalidad a los tres meses del primer episodio de TVP inicial. El estudio ecográfico de control tendrá como finalidad establecer el riesgo de retrombosis estimando el grado de TVR (trombosis venosa residual) para decidir el tiempo óptimo y continuidad del tratamiento anticoagulante. No se dispone de unos SCORES para predecir riesgo de recurrencia, para no someter a determinados pacientes a un riesgo de sangrado innecesario. Se ha demostrado que dos factores aumentan el riesgo de recurrencia: la trombosis residual y los niveles elevados de dímero D medidos 1 mes después de la suspensión de la anticoagulación.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Sierra-Juárez MA. Síndrome postrombótico. Panorama actual y revisión de la literatura. *Revista Mexicana de Angiología*. 2010;38:102-7.
2. Goshima K, Primary (spontaneous) upper extremity deep vein thrombosis. 2015.
3. Diago T. Enfermedad tromboembólica venosa: Ecografía Doppler en el diagnóstico y control. Hospital Lluís Alcanyís. Xàtiva.
4. Gabriel F, Labiós M. Nuevos criterios para el diagnóstico y tratamiento de la trombosis venosa profunda de los MMII. *An Med Interna*. 2004;21:400-7.
5. Penás Juárez C. Utilidad del Dímero-D en los algoritmos diagnósticos de trombosis venosa profunda: análisis según edad y tiempo de evolución.
6. Lozano Sánchez. Síndrome postrombótico. Diagnóstico, prevención y tratamiento. *Angiología y Cirugía Vascular*. Hospital Universitario de Salamanca.