



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

P-221 - DÉFICIT DE PROTEÍNA S Y C

P. López Tens, A. Blanco García, D. Fernández Torre, M E. Guerra Hernández, M. Montes Pérez y J. Villar Ramos

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 72 años que acude a consulta de Atención Primaria por dolor de 2 meses de evolución en la zona gemelar derecha con aumento de dolor y tumefacción de toda la extremidad inferior derecha progresiva desde hace 2 semanas. Como antecedentes personales destacaban HTA bien controlada con olmesartán, hiperuricemia asintomática y episodios previos catalogados de flebitis. Se decide la valoración por el servicio de Urgencias.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 120/90, FC: 90 lpm, FR: 16, SatO₂: 99%. Buen estado general. Normocoloreado, normohidratado, normoperfundido. Eupneico. La auscultación cardíaca era rítmica, sin soplos audibles y la pulmonar con buena ventilación bilateral sin ruidos añadidos. El abdomen anodino. La EID presentaba importante tumefacción de la región gemelar con empastamiento y palpación de cordón venoso en dicha zona, signo de Homans negativo y pulsos pedios positivos. Presentó un hemograma dentro de los límites de la normalidad y una bioquímica con 10.000 leucocitos con fórmula normal, una hemoglobina de 15,4 mg/dl., unas plaquetas de 179.000 y un dímero D de 1.571. Se decidió realizar un eco Doppler con resultado de TVP a nivel de la vena femoral superficial y poplítea derecha. En el estudio de hipercoagulabilidad se evidenció un déficit de proteína S y un déficit de proteína C, con un componente anticoagulante lúpico dudosamente positivo con anticuerpos anticardiolipina y antibeta2 glicoproteína negativos.

Juicio clínico: TVP en extremidad inferior derecha secundaria a déficit de proteína S y C.

Diagnóstico diferencial: Alteraciones musculoesqueléticas de la zona de la rodilla y zona gemelar, deterioro del flujo venoso o linfático, quiste de Baker.

Comentario final: Es importante destacar la importancia del diagnóstico y tratamiento anticoagulante de la TVP, así como la prevención de aparición de complicaciones secundarias; sin embargo, también cabe destacar el estudio de la etiología y el estudio de los factores de riesgo asociados a cada paciente. El riesgo estimado de aparición de TVP se mide por la escala de Wells. La prueba de elección es la flebografía, pero la prueba elegida de urgencia es la ecografía Doppler. El déficit de proteína S o C son coagulopatías hereditarias que han sufrido un aumento de incidencia en los últimos años, quizás por el aumento de los estudios de hipercoagulabilidad con una prevalencia actual del déficit de proteína S es de 1 por cada 20.000 personas y el déficit de proteína C es de 1/300 personas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bauer G. A venographic study of thrombo-embolic problems. Acta Chir Scand. 1940;84:Suppl 61:1-75.

2. Sevitt S, Gallagher N. Venous thrombosis and pulmonary embolism: a clinico-pathological study in injured and burned patients. *Br J Surg.* 1961;48:475-89.
3. Harris WH, Salzman EW, Athanasoulis C, et al. Comparison of ^{125}I fibrinogen count scanning with phlebography for detection of venous thrombi after elective hip surgery. *N Engl J Med.* 1975;295:665-7.
4. Wells PS, Lensing AWA, Anderson DR, Hirsh J. The distribution of deep vein thrombosis in asymptomatic post-operative patients and the implications for screening. *Blood.* 1992;80:Suppl 1:316a.