



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

452/4 - DOCTORA, MIRE CÓMO TENGO EL BRAZO

L. Vallejo Serrano¹, C. Velasco², I. Ochoa Chamorro³, S. Ochoa Rubio², I. Alba Gago⁴, G. Pinat Zecchin⁵

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pozuelo Estación. Madrid. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Monterrozas. Madrid. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valle de la Oliva. Madrid. ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Marazuela. Madrid. ⁵Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Hoyo de Manzanares. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 19 años que acude a consulta por dolor en MSD tras sobreesfuerzo (está quitando el gotelé de su cuarto). No antecedentes personales de interés. No toma de medicación habitual. Se pauta analgesia y frío local, con control a final de semana. Acude al control refiriendo que el dolor va en aumento, además, ha empezado a darse cuenta de la aparición de “venitas” que antes no tenía y de aumento de tamaño del brazo con respecto al contralateral. Dado el empeoramiento, se remite a urgencias por sospecha de trombosis

Exploración y pruebas complementarias: BEG. NC, NH y NP. Eupneica. TA: 118/71 mmHg. FC: 62 lpm. SatO2: 97% basal. ACP: rítmico, sin soplos. MVC, no ruidos añadidos. MSD: aumento de volumen desde región cervical hasta codo. Aumento de circulación colateral con palpación de cordones venosos. Mínimo aumento de temperatura respecto a contralateral. Pulso periférico presente. Hemograma: leucocitos $7,99 \times 10^3$ /L. Hemoglobina 12,7 g/dL - Plaquetas 259×10^3 /L. Coagulación: dímero D 0,69 ?g/ml. BQ: creatinina 0,67 mg/dL, Na 137 mmol/L, K 3,9 mmol/L. Rx tórax: ICT conservado, SCF libres. No infiltrados. Doppler MMSS: se explora el sistema venoso profundo de MSD visualizando trombosis de vena subclavia en su origen hasta unión con vena axilar proximal, encontrándose la confluencia yugulo-subclavia y la vena braquial derechas permeables. Vena yugular interna derecha permeable. El contexto clínico de la paciente y los hallazgos ecográficos son sugestivos de Paget-Schroetter. Conclusión: trombosis de vena subclavia derecha. Se decide ingreso y se realiza estudio de anomalías anatómicas causantes: TC tórax: no se observan alteraciones anatómicas significativas. Defecto de repleción acabalgado entre arteria segmentaria del lóbulo medio y arteria segmentaria del lóbulo inferior derecho que, en el contexto clínico, y a pesar de no ser un estudio dirigido, es sospechoso de TEP agudo. Eco TT: no datos de HT pulmonar. No IT.

Juicio clínico: Trombosis de vena subclavia (síndrome Paget-Shroetter). TEP agudo asintomático.

Diagnóstico diferencial: Trombosis venosa profunda MSD, contusión MSD, flebitis superficial, sobrecarga muscular, celulitis MSD.

Comentario final: En Atención Primaria, ante un aumento de tamaño unilateral de miembros, debemos sospechar de trombosis venosa, a pesar de la ausencia de datos favorecedores (encamamiento, cirugía, toma de ACHO...). Por lo que debemos derivar a Urgencias para continuar estudio y posibles causas. El síndrome Paget-Shroetter es una trombosis primaria de la vena subclavia en la unión subclavio-axilar. Se produce por compresión de la vena subclavia al pasar por el triángulo formado por el músculo escaleno anterior, la

primera costilla y el tendón y músculo subclavios. Afecta principalmente a jóvenes en la extremidad superior dominante. Hasta el 80% de los pacientes refieren actividad física importante, en el caso de nuestra paciente, estuvo durante una semana lijando la pared de su cuarto.

Bibliografía

Kucher N. Deep-vein thrombosis of the upper extremities. *N Engl J Med.* 2011;364:861-9.

Aguilar Shea A, Gallardo Mayo C. A case of upper extremity deep vein thrombosis. *SEMERGEN.* 2013;2:107-9.

Palabras clave: Trombosis. Vena subclavia. TEP.