



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

## 413/69 - MÁS ALLÁ DE UNA TROMBOSIS VENENOSA PROFUNDA

A. Mira Carrion<sup>1</sup>, E. Gil Rabanaque<sup>2</sup>, N. Añó Bernat<sup>3</sup>, M. Catalá Espí<sup>1</sup>, N. Insa Lucas<sup>3</sup>, S. Pérez Bernal<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Fábrica. Alcoi. Alicante.<sup>2</sup>Médico Adjunto Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Fábrica. Alcoi. Alicante.<sup>3</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cocentaina. Alicante.<sup>4</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Fábrica. Alcoy. Alicante.

### Resumen

**Descripción del caso:** Hombre de 30 años, sin antecedentes, diagnosticado hace 1 mes de TVP en pierna izquierda (MII), en tratamiento con Acenocumarol oral 3 mg/día que presenta desde hace 24h aumento del perímetro y dolor en pierna izquierda (MII) y brazo derecho (MSD), sin otros síntomas asociados.

**Exploración y pruebas complementarias:** Constantes clínicas: T<sup>a</sup> 36,5 °C, FC 95 lpm, SatO2% 99, TA 124/64 mmHg. MSD: aumento del perímetro con edema y eritema en cara interna tercio superior, empastamiento y dolor a la palpación. MII: edema y eritema en cara interna muslo, doloroso a la palpación. Homans negativo. Sospecha de recURRENCIA TVP. Analítica urgente: hemograma normal, PCR 16,9, dímero D 20, INR 1,7. Eco-doppler MSD y MII: falta de respuesta sin observar flujo a nivel de basílica, femoral común, superficial y poplítea. Se decide ingreso por TVP proximal bilateral a pesar de anticoagulación. Analítica: CA 15,3 67, VSG 43, B2microglob y serología infecciosa negativas. TAC tórax: adenopatías cervicales inferiores, mediastínicas e hiliares izquierdas. TEP, TVP en MII y MSD. Nódulo pulmonar basal izquierdo. PET-TAC: adenopatía hipermetabólicas. Ocupación alveolar izquierda hipermetabólica. Fibrobroncoscopia: carina ensanchada (PAAF transbronquial: positiva para malignidad. Compatible con adenocarcinoma). Biopsia adenopatías: metástasis. Se sustituyó acenocumarol por enoxaparina a 1,5 ?g/kg c/24h (10.000 UI) y se presentó en Comité de Tumores.

**Juicio clínico:** Enfermedad tromboembólica venosa (ETV) recurrente secundaria a neoplasia oculta.

**Diagnóstico diferencial:** Celulitis. Tromboflebitis.

**Comentario final:** El cáncer favorece la activación de la cascada de coagulación desarrollándose un estado de hipercoagulabilidad, aumentando el riesgo de ETV, de recurrencias, de complicaciones hemorrágicas y de morbilidad. Los tumores más trombogénicos son: páncreas, estómago, cerebro, riñón, útero, pulmón, ovario, mieloma, linfoma y leucemia aguda. Existen variables para determinar los casos de ETV idiopática con más probabilidad de cáncer subyacente (edad, recurrencias y bilateralidad (45%)). Además, la frecuencia se duplica si afecta a extremidades superiores (1/4 presenta una neoplasia local- cáncer de pulmón o linfoma). La evidencia sugiere que el tratamiento con HBPM ofrece mejores resultados en pacientes oncológicos con ETV, tanto en la fase aguda, como a largo plazo.

### Bibliografía

## II Consenso SEOM sobre ETEV en pacientes con cáncer.

Uresandi F, Blanquer J, Conget F, De Gregorio MA, Lobo JL, Otero R, Pérez Rodríguez E, Monreal M, Morales P. Normativa SEPAR. Guía para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la tromboembolia pulmonar. Arch Bronconeumol. 2004;40(12):580-94.

**Palabras clave:** Enfermedad tromboembólica. Cáncer. Hipercoagulabilidad.