



SITUACIÓN CLÍNICA

Caso de trombosis venosa profunda de miembro superior

A.L. Aguilar Shea^{a,*} y C. Gallardo Mayo^b

^a Medicina Familiar y Comunitaria, Consultorio de Cerceda, Centro de Salud de Manzanares El Real, Área Norte de Madrid, España

^b Servicio de Anestesiología y Reanimación, Hospital Infanta Leonor, Madrid, España

Recibido el 27 de octubre de 2011; aceptado el 15 de diciembre de 2011

Disponible en Internet el 2 de febrero de 2012

PALABRAS CLAVE

Trombosis miembro superior;
Ecografía;
Anticoagulantes orales

KEYWORDS

Upper extremity deep vein thrombosis;
Ultrasound;
Oral contraceptives

Resumen Presentamos el caso de una mujer de 41 años de edad entre cuyos antecedentes relevantes se encuentran ser fumadora y estar en tratamiento con anticonceptivos orales que acude a urgencias por un cuadro de dolor en la región cervical derecha fijo no irradiado pautándose analgésicos y relajantes musculares. Por la persistencia de la sintomatología acudió de nuevo a urgencias, donde se evidenció un aumento de partes blandas de la región laterocervical y supraclavicular derecha que borra el relieve de la clavícula por lo que se solicitó una ecografía de cuello que reveló una trombosis de vena yugular interna, subclavia, tronco braquiocefálico, vena axilar y humeral del lado derecho. Consideramos que la trombosis venosa profunda del miembro superior es una entidad poco frecuente, que se ha de considerar en pacientes con edema del miembro superior. Las claves para su diagnóstico precoz pasan por conocer los factores de riesgo. La prueba diagnóstica de elección es la ecografía.

© 2011 Elsevier España, S.L. y SEMERGEN. Todos los derechos reservados.

A case of upper extremity deep vein thrombosis

Abstract The case is presented of a 41 year-old women with a personal history of smoking and treated with oral contraceptives, who began taking analgesics and muscle relaxants due to a right cervical pain. As her clinical condition did not improve she was seen again. During the physical examination an increase of soft tissue in the right supraclavicular area was observed. The ultrasound revealed thrombosis of the internal jugular, subclavian, brachycephalic, axillar and humeral veins. We believe that upper-extremity deep venous thrombosis is a rare condition that must be considered in patients with oedema of the upper limbs. The key to a prompt diagnosis is to know the risk factors. Ultrasound is the standard approach.

© 2011 Elsevier España, S.L. and SEMERGEN. All rights reserved.

Caso clínico

Presentamos el caso de una mujer de 41 años de edad que como antecedentes relevantes presenta ser

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: antonio.aguilar@salud.madrid.org
(A.L. Aguilar Shea).

fumadora de 4-5 cigarrillos al día y estar en tratamiento con anticonceptivos orales (etinilestradiol 20 µg/drospirenona 3 mg). Acude a urgencias por un cuadro de dolor en la región cervical derecha fijo no irradiado, que le recuerda a contracturas cervicales previas y que relaciona con una situación emocional estresante. La exploración física reveló dolor a la palpación, así como una contractura de la musculatura paravertebral cervical, y se pautó analgesia, calor seco y relajantes musculares. Cinco días después acude de nuevo por persistencia de sintomatología y sin clara mejoría refiriendo irradiación al miembro superior derecho, la exploración no puso de manifiesto ningún dato nuevo de interés y se solicitó una radiografía cervical donde se observó una rectificación de la columna cervical. La sintomatología persistía, por lo que fue valorada por traumatología donde se mantuvo el diagnóstico de contractura cervical y se mantuvieron el tratamiento analgésico y los relajantes musculares. Una semana después acude a consulta por persistencia de dolor, asociado a un aumento de partes blandas de la región laterocervical y supraclavicular derecha que borra el relieve de la clavícula y se diferencia claramente del lado contralateral, de la misma forma refirió una sensación de disfagia inespecífica. No se palparon adenopatías cervicales ni supraclaviculares.

Dada la evolución de la paciente y la sintomatología se solicitó una ecografía de cuello que reveló trombosis de vena yugular interna, subclavia, tronco braquiocefálico, vena axilar y humeral del lado derecho (fig. 1). La paciente

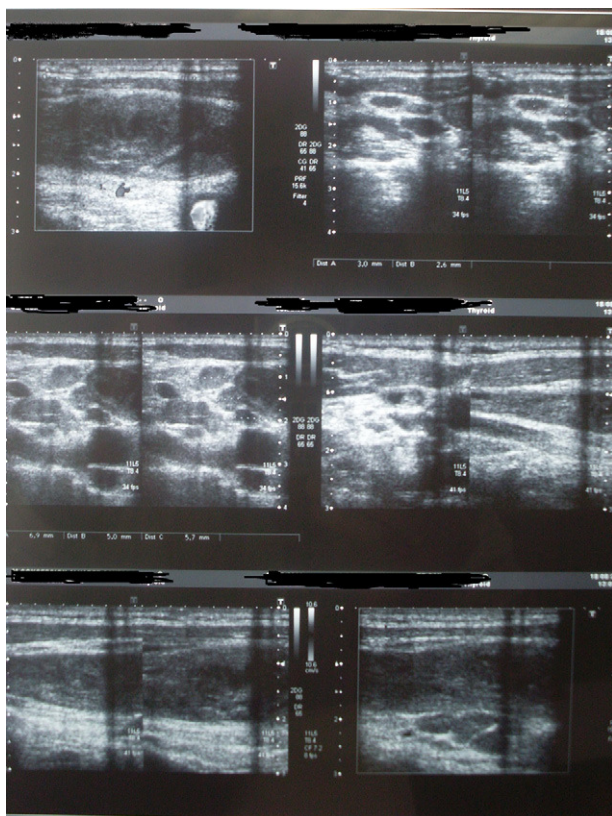


Figura 1 Ecografía de cuello que revela trombosis de vena yugular interna, subclavia, tronco braquiocefálico, vena axilar y humeral del lado derecho.

estaba eupneica, normotensa, afebril, no presentaba ingurgitación yugular y se observó un ligero aumento de partes blandas en la región laterocervical y supraclavicular derecha con una discreta visualización de circulación colateral del miembro superior derecho. La auscultación cardiopulmonar resultó normal, en los miembros inferiores no se observaron signos de trombosis venosa profunda (TVP). El electrocardiograma y la radiografía de tórax resultaron normales. Se realizó una tomografía computarizada donde no se observaron signos de tromboembolia pulmonar y se trató con anticoagulación inicialmente con heparina y posteriormente con acenocumarol; el estudio de trombofilias resultó normal.

Discusión

La TVP del miembro superior es una entidad poco frecuente, se ha estimado que constituye el 10% de todos los casos de las TVP¹. Las TVP del miembro superior se dividen en primarias y secundarias. Las primarias pueden ser idiopáticas, por compresión de la vena subclavia o relacionados con el ejercicio (síndrome de Paget-Schroetter). Las secundarias se relacionan con catéteres como los venos centrales o los marcapasos; secundarias a cáncer o a trombofilia; tras traumatismo o cirugía de hombro o del brazo; o de causa hormonal, como el embarazo o el síndrome de hiperestimulación ovárica, o por el uso de anticonceptivos orales^{2,3}. En nuestro caso, los factores de riesgo para la TVP fueron el tabaquismo y el consumo de anticonceptivos orales.

Clínicamente se caracteriza por molestia o dolor, parestias, eritema, debilidad y/o edema del miembro afectado. En la exploración física se podrá observar tumefacción, edema y/o circulación colateral aunque se han descrito casos en pacientes completamente asintomáticos⁴.

Los diagnósticos diferenciales incluyen hematomas, lesiones musculares del miembro superior, celulitis, linfedema o gangrena⁵.

Nuestra paciente fue diagnosticada inicialmente de enfermedad osteomuscular, y hasta que no evolucionó el caso no aparecieron signos de TVP como el edema, el aumento de partes blandas y circulación colateral del miembro superior derecho.

La ecografía constituye la prueba diagnóstica de elección para el diagnóstico de TVP⁶, aunque otras pruebas para completar el estudio son la resonancia magnética, la flebografía o la tomografía computarizada⁷. La clave diagnóstica en este caso fue la ecografía.

En el estudio inicial de la sospecha de TVP se incluye la realización de D-dímero que, si es negativo, descartará la presencia de TVP, aunque si la probabilidad preprueba de trombosis fuese alta obligaría a la realización de una prueba de imagen³.

Como en los casos de TVP de miembros inferiores habrá que descartar la presencia de tromboembolia pulmonar, si bien su asociación con la TVP del miembro superior es inferior³.

El tratamiento consiste en la anticoagulación para favorecer la disolución del trombo y en los casos con trombos importantes se puede considerar la trombólisis

dirigida por catéter, la angioplastia y la descompresión torácica^{8,9}.

Consideramos que la TVP del miembro superior es una entidad poco frecuente, que se ha de considerar en pacientes con edema de miembro superior. Las claves para su diagnóstico precoz pasan por conocer los factores de riesgo. La prueba diagnóstica de elección es la ecografía.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Bibliografía

1. Joffe HV, Kucher N, Tapson VF, Goldhaber SZ. Upper-extremity deep vein thrombosis: a prospective registry of 592 patients. *Circulation*. 2004;110:1605–11.
2. Kucher N. Deep-vein thrombosis of the upper extremities. *N Engl J Med*. 2011;364:861–9.
3. Mai C, Hunt D. Upper-extremity deep venous thrombosis: a review. *Am J Med*. 2011;124:402–7.
4. Mustafa S, Stein PD, Patel KC, Otten TR, Holmes R, Silbergleit A. Upper extremity deep venous thrombosis. *Chest*. 2003;123:1953–6.
5. Spiezia L, Simioni P. Upper extremity deep vein thrombosis. *Intern Emerg Med*. 2010;5:103–9.
6. Di Nisio M, Van Sluis GL, Bossuyt PM, Buller HR, Porreca E, Rutjes AW. Accuracy of diagnostic tests for clinically suspected upper extremity deep vein thrombosis: a systematic review. *J Thromb Haemost*. 2010;8:684–92.
7. García de Eulate I, Sarasíbar H, Jiménez F, Pellicer N, Atondo T, Rubio T. Trombosis venosa profunda de la extremidad superior: importancia de la TC. *Emergencias*. 2006;18:322–3.
8. Lee WA, Hill BB, Harris Jr EJ, Semba CP, Olcott CI. Surgical intervention is not required for all patients with subclavian vein thrombosis. *J Vasc Surg*. 2000;32:57–67.
9. Kearon C, Kahn SR, Agnelli G, Goldhaber S, Raskob GE, Comerota AJ. Antithrombotic therapy for venous thromboembolic disease: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8th Edition). *Chest*. 2008;133 Suppl:454S–545S.