

## Caso clínico

### Trombosis de vena poplítea de origen neoplásico.

Ana Morán Escudero, Albino González Romero, Daniela Hernández Castresana, Inés Salcedo Joven.

C.S. Juncal. Torrejón de Ardoz. DAE

#### Motivo de consulta:

Varón de 52 años de edad, acude a consulta por clínica de edema y dolor en pierna derecha de 24 horas de evolución.

#### Historia clínica y ecográfica:

Antecedentes personales; fumador de 1paquete/día desde hace 40 años, hepatitis C hace 10 años, EPOC en tratamiento con Bromuro de tiotropio/24h y budesonida+formoterol/12h. Antecedentes familiares; padre neoplasia de pulmón. El paciente se encuentra consciente, y orientado, entra en consulta en silla de ruedas por el dolor referido en la pierna, bien hidratado y perfundido, TA 110/70, Tº 37ºC, Auscultación Cardíaca normal, y pulmonar con sibilancias espiratorias diseminadas. Exploración abdominal y neurológica normal. Miembros inferiores: dolor a nivel de pantorrilla derecha, aumento de temperatura, con signo de Homans positivo. Dada la sintomatología se realiza ecografía en nuestra consulta con sonda lineal, donde se aprecia: hipoecogenicidad a nivel de la vena femoral superficial y vena poplítea derecha, con ausencia de flujo sanguíneo espontáneo con doppler color, así como falta de compresibilidad de las mismas. No pudo demostrarse tampoco la existencia de curva de flujo venoso al explorar con doppler pulsado. Tanto la vena femoral común y la porción proximal de la femoral profunda se encontraban permeables (Figura 1-4).

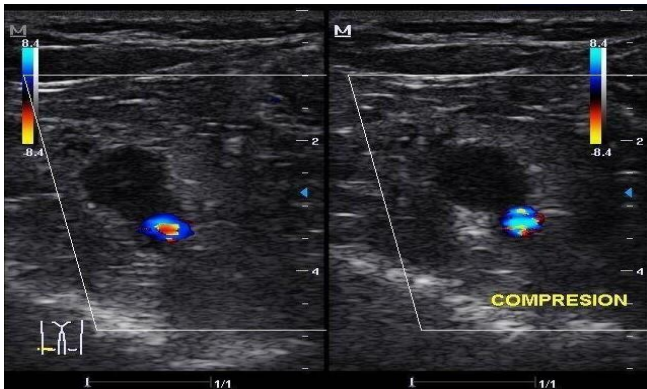


Figura 1.

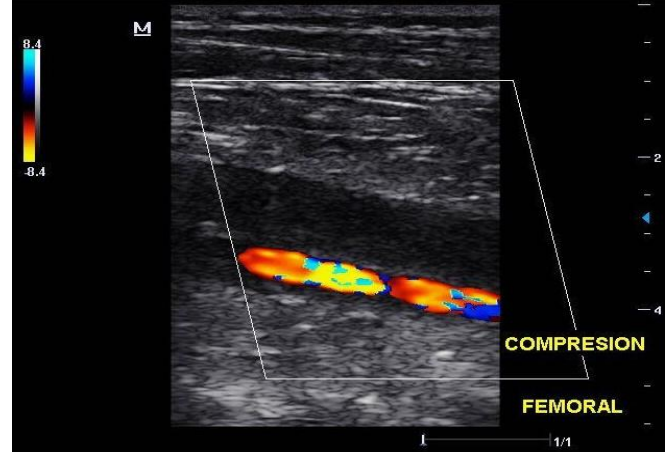


Figura 2.

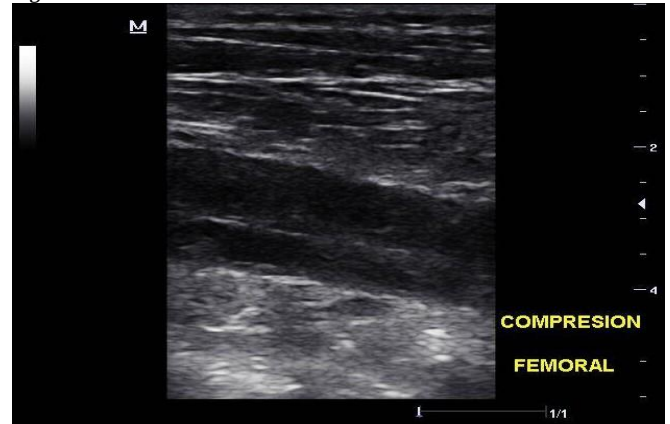


Figura 3

#### JUICIO CLÍNICO

- Trombosis de la vena poplítea+femoral superficial derecha de origen paraneoplásico.
- Carcinoma indiferenciado pulmonar.
- 

#### CONCLUSIONES:

La trombosis venosa profunda (TVP) de los miembros inferiores se define como la presencia de un trombo en el sistema venoso profundo de los mismos. La frecuencia es de 1/1000, y como complicaciones más importantes hay que tener en cuenta el tromboembolismo pulmonar (TEP), y el síndrome postflebítico. El sistema venoso de las extremidades inferiores se divide en sistema superficial y profundo, a su vez el sistema venoso profundo se divide en dos, el colector satélite del sistema arterial y el muscular proveniente de las masas muscula-

res del muslo y de la pierna. (1,4)



Figura 4

Las TVP las podríamos clasificar en proximales (venas poplíteas, femorales e ilíacas) y distales (venas de la pantorrilla). Las trombosis venosas proximales son las que suelen asociarse a enfermedades crónicas y graves como insuficiencia cardíaca, respiratoria o como en nuestro paciente a un proceso oncológico. Por el contrario las distales se asocian más a factores de riesgo transitorio como traumatismos, cirugías recientes o inmovilización. Los síntomas y signos de una TVP son muy inespecíficos; dolor, eritema y edema. Además la presencia de cordón palpable suele deberse más a una tromboflebitis superficial que a una TVP propiamente dicha. (1,4)

El diagnóstico de la TVP basado solo en la clínica y exploración tiene escasa sensibilidad y especificidad. Actualmente se aconseja tener en cuenta no solo la clínica sino los factores de riesgo y un diagnóstico alternativo. De esta forma podremos clasificar a los pacientes según los criterios de predicción clínica de Wells (ver tabla 1) en categoría; de alta, moderada o baja probabilidad para padecerla. Este modelo clínico solo está validado para pacientes ambulatorios y con síntomas y signos sugestivos, no pudiéndose aplicar a pacientes hospitalizados, con TVP previas o en embarazadas (4-5)

Puntos	Condición
1	Cáncer activo (con tratamiento en curso o en los 6 meses anteriores o paliativo)
1	Parálisis, parestia o inmovilización de las extremidades inferiores (escayola)
1	Estancia en la cama de más de 3 días o cirugía mayor 4 semanas antes
1	Hipersensibilidad localizada a lo largo del sistema venoso profundo
1	Aumento de volumen de pantorrilla en más de 3 cm (medida 10cm por debajo de la tuberosidad tibial)
1	Edema con prurito (mayor en la pierna sintomática)
1	Venas colaterales superficiales (no varices)
-2	TVP es más probable que un diagnóstico alternativo

Tabla 1; Probabilidad clínica; modelo predictivo de Wells

**Riesgo alto:** 3 puntos (Prevalencia del 85%)

**Riesgo moderado:** 1-2 puntos (Prevalencia del 33%)

**Riesgo bajo:** 0 puntos (Prevalencia del 5%)

Si ambas piernas son sintomáticas puntuar el lado más afectado

- Probabilidad baja con dímero D negativo excluye diagnóstico
- Probabilidad baja o moderada y dímero D positivo exige realización de prueba de imagen para confirmar o excluir TVP
- Probabilidad moderada o alta exige realización de ecografía-doppler sin realizar dímero D
  - Si eco doppler es negativo se solicita dímero D
  - Si es positivo:
    - Iniciar tratamiento
    - Repetir eco a los 3 y a los 7 días
    - Realizar otra prueba de imagen
  - Si es negativo se puede retrasar el inicio de la anticoagulación.

Posteriormente en el servicio de urgencias junto con la determinación del dímero-D (DD) se indicará la necesidad o no de realizar eco-doppler, prueba complementaria de elección, con una sensibilidad que varía del 96% si la TVP está en territorio proximal o del 73% si está en el territorio distal y una especificidad de 89-96%, en comparación con la flebografía (4,5)

A día de hoy, la flebografía sigue considerándose “la prueba de oro”, aunque su uso queda restringido para situaciones especiales (4,5)

Los criterios ecográficos MAYORES de una TVP son los siguientes (2-5)

- Material ecogénico intraluminal, que puede estar ausente en caso de TVP recientes, pudiendo aparecer como una imagen hipo o anecogénica.
- Falta de compresibilidad de la vena. Este es el signo más directo y fiable de todos.

Se recomienda hacer la compresión en el eje transversal mejor que en el longitudinal, para disminuir el posible desprendimiento de trombos. Y consideramos que la prueba de compresibilidad es positiva cuando es total y la pared anterior y posterior de la vena se juntan.

- Ausencia de flujo sanguíneo espontáneo o provocado, mediante la compresión distal o Val-salva. Necesitaremos usar el doppler color o doppler pulsado

También existen criterios MENORES:

- Distensión venosa.
- Inmovilidad de la pared venosa.
- Aumento de las venas colaterales.

Como hemos comentado antes, nuestro paciente presentó una TVP concomitante con una neoplasia de pulmón. Según los estudios, casi un 15% de los pacientes con diagnóstico de TVP o embolismo pulmonar presentan un cáncer subyacente.

Esta incidencia está aumentada ya que los pacientes con cáncer, en ocasiones se encuentran inmovilizados. Además, los propios tumores secretan diferentes sustancias

como citoquinas, procoagulantes y en general células inflamatorias que pueden alterar la coagulación, favoreciendo así la aparición de eventos tromboticos.

Los tumores que más se asocian a TVP son los de pulmón, aparato digestivo, páncreas, ovario, linfoma, aparato genitourinario y tumores cerebrales.

Ante un primer diagnóstico de TVP o embolia pulmonar, sin un diagnóstico de cáncer previo, no sería necesario pensar en una causa neoplásica, nos bastaría con una buena exploración física y anamnesis. Sin embargo, si el trombo se encuentra en un lugar no tan común o en caso de tromboflebitis recurrente o resistencias al tratamiento, si estaría indicado el intentar buscar como causa una neoplasia oculta <sup>(4,5)</sup>

Una vez más la ecografía nos ayuda a acelerar diagnósticos en las consultas de Atención Primaria de una forma rápida e inocua, aún en evoluciones tan nefastas como en este caso.

### BIBLIOGRAFÍA:

- 1.- Rumack CM, Wilson SR, Charboneau JW. *Diagnóstico por ecografía*. 3ª edición. Barcelona: Elsevier Mosby 2006
- 2.- Qaseem A, Snow V, Barry P, Hornbake ER, Rodnick JE, Tobic T, et al.; Joint American Academy of Family Physicians/American College of Physicians Panel on Deep Venous thrombosis/Pulmonary Embolism. *Current diagnosis of venous thromboembolism in primary care: a clinical practice guideline from the American Academy of Family Physicians and the American College of Physicians*. *Ann Fam Med*. 2007;5:57-62.
- 3.- Fuentes Camps E, Luis del Val García J, Bellmunt Montoya S, Hmimina Hmimina S, Gómez Jabalera E, Muñoz Pérez MÁ. *[Cost-effectiveness of the deep vein thrombosis diagnosis process in primary care]*. *Aten Primaria*. 2016;48:251-7. doi: 10.1016/j.aprim.2015.05.006.
- 4.- Varela Aller S, Viana Zulaica C. *Guía sobre trombosis venosa profunda*. *Fisterra* 2012. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/trombosis-venosaprofunda>
- 5.- Wells PS, Anderson DR, Bormanis J, Guy F, Mitchell M, Gray L, et al. *Value of assessment of pretest probability of deep-vein thrombosis in clinical management*. *Lancet*. 1997;350(9094):1795-8