



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

423/176 - EDEMA BILATERAL DE AMBOS BRAZOS

J. Cepeda Blanco¹, L. Alli Alonso², S. Iglesias Melguizo³, M. Mamar El Asri⁴, B. Gutiérrez Muñoz⁵, J. Bustamante Odriozola⁶, A. Gutiérrez Pérez de Lis⁷, I. Hernando García⁸

¹Residente de Medicina Familiar y Comunitaria Centro de Salud Camargo. Costa Maliaño. Cantabria. ²Adjunta de urgencias hospital de Urduliz, Bilbao. ³Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isabel II, Cantabria. ⁴Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Interior, Cantabria. ⁵Residente de Medicina Familiar y Comunitaria de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isabel II-Centro. Santander. Cantabria. ⁶Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isabel II-Centro. Santander. Cantabria. ⁷Residente de Medicina Familiar y Comunitaria de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Santander. Cantabria. ⁸Residente de Medicina Familiar y Comunitaria Centro de Salud Isabel II. Santander. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 25 años diagnosticado de estenosis pulmonar en la infancia: Valvuloplastia en H. Gregorio Marañón a los 18 meses. Deportista (gimnasio, atletismo...). No tratamiento habitual. Alergias: no alergias medicamentosas conocidas. Acude a la Urgencia derivado por el SUAP por inflamación de brazo derecho de 3 días de evolución. Según refiere, tras realizar ejercicio de tren superior comenzó con inflamación de ambos brazos. Posteriormente el izquierdo se normalizó, pero con persistencia de la inflamación en el brazo derecho, incluso con leve aumento de ésta. Hoy durante el día la inflamación ha llegado hasta la mano. No doloroso. No fiebre ni otra sintomatología asociada.

Exploración y pruebas complementarias: Normal coloración cutánea y de mucosas. Eupneico. Colabora. Tórax: AC: tonos rítmicos. No ausculto soplos. AP: MVC en ambos campos Abdomen: blando. No doloroso a la palpación. RHA: normal. No masas ni visceromegalias. PPL bilateral negativa. Extremidades: no edemas. No signos de TVP. Pulsos pedios +. Extremidades superiores: brazo izquierdo normal con pulsos conservados. Brazo derecho empastado, de predominio en antebrazo, sin dolor ni deformidad a nivel articular, con gran edema hasta dorso de la mano incluido. No hematoma. Pulsos presentes. Analítica 15/01/2019. Bioquímica general: glucosa 96 mg/dL, creatinina 0,95 mg/dL, Na 138 mEq/L, K 4,4 mEq/L, cloro 103 mEq/L, proteína C reactiva 0,3 mg/dL, filtrado glomerular estimado (CKD-EPI) > 90 ml/min/1,73 m², dímero D 1.310 ng/mL. Hemograma: leucocitos $7,4 \times 10^3/\mu\text{L}$, hematíes $4,84 \times 10^6/\mu\text{L}$, hemoglobina 15,2 g/dL, hematocrito 42,5%, V.C.M. 88 fL, H.C.M. 31,5 pg, C.H.C.M. 35,9 g/dL, A.D.E. 13,7%, plaquetas $254 \times 10^3/\mu\text{L}$, V.P.M. 8,4 fL. ECG en ritmo sinusal a 70 lpm, QRS estrecho, PR < 0,12 con BRDHH. Doppler de miembros superiores venoso. Hallazgos: subclavia, axilares y humerales permeables, sin signos de trombosis. Vena basílica permeable. No se localiza la vena cefálica. No adenopatías axilares. Edema superficial en brazo y antebrazo. AngioTAC helicoidal: se descarta TEP. Se comenta con coronarias, que realiza Eco TT de urgencia. EcoTT: Insuficiencia pulmonar grave por falta de coaptación de velos, con Vd dilatado y FEVd normal. FEVI normal. Cateterismo: IP severa, PAP normal, RVP

normales y FEVD normal. Pendiente de IQ.

Juicio clínico: Insuficiencia pulmonar severa por falta de coaptación de velos de Válvulas pulmonares.

Diagnóstico diferencial: TVP. TEP. Síndrome compresivo. ICC. Síndrome compartimental.

Comentario final: Tras valoración en consultas de cardiología y confirmación de insuficiencia pulmonar severa por alteración de válvulas pulmonares queda pendiente de IQ. Por el momento realiza vida normal con reposo relativo.

Bibliografía

Illeg KA, Doyle AJ. A comprehensive review of Paget-Schroetter syndrome. J Vasc Surg. 2010;51:1538.

Engelberger RP, Kucher N. Management of deep vein thrombosis of the upper extremity. Circulation. 2012;126:768.