



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/2816 - INSISTO, CREO QUE TENGO UN TROMBO EN LA PIERNA

J. Melero Abellan<sup>a</sup>, L. Martínez Antequera<sup>a</sup>, M. García Aparicio<sup>b</sup>, S. Serrano Porta<sup>b</sup>, P. Madrigal Laquia<sup>c</sup> y S. López Zacarez<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Oeste. Murcia.

<sup>b</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barreros. Cartagena.

<sup>c</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isaac Peral.

<sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Oeste. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 59 años, sin antecedentes de interés acude a consulta de atención primaria por dolor subcostal de siete días con picos febriles (hasta 38 °C) y dolor en región interna de muslo izquierdo. Ante la clínica respiratoria con fiebre y dolor en MII decidimos derivar a urgencias hospitalarias para dímero D y pruebas de imagen.

**Exploración y pruebas complementarias:** Temperatura de 37,5 °C. Eupneico en reposo, con buena SatO<sub>2</sub>. En MII, dolor a la digito-presión en región interna de muslo, sin signos claros de trombosis venosa profunda (TVP). Se realiza analítica en urgencias, con dímero D en límite alto de la normalidad y creatinina de 2, por lo que se etiqueta de insuficiencia renal aguda y tendinitis de MII, siendo dado de alta por mejoría con sueroterapia y analgesia. Dos días después regresa a consulta presentando fiebre, edema y dolor en cara interna de muslo izquierdo que ya irradia a gemelo. Se deriva nuevamente a urgencias para descartar TVP. En urgencias PCR 25, leucocitosis 15.800, creatinina 1,69 y dímero D 1.790; exploración de MII inespecífica; se realiza entonces doppler venoso de MII, hallándose extensa trombosis femoropoplítea izquierda. Pautan tratamiento con heparina de bajo peso molecular y se ingresa en medicina interna, donde realizan TC de arterias pulmonares informando de trombo-embolismo de arteria pulmonar principal derecha con extensión a lobar inferior e intermediarias y segmentaria lateral basal izquierda con pequeño infarto asociado.

**Juicio clínico:** TVP femoropoplítea izquierda idiopática. TEP de arteria pulmonar principal derecha. Infarto pulmonar asociado.

**Diagnóstico diferencial:** Linfangitis, celulitis, miositis, tromboflebitis, quiste de Baker, tendinitis.

**Comentario final:** La TVP es un proceso frecuente que causa complicaciones como el síndrome posflebítico y el embolismo pulmonar, que puede ser mortal. Se hace imprescindible una adecuada sospecha clínica y un adecuado diagnóstico diferencial en consultas de atención primaria, incluso ante cuadros con exploración física y pruebas complementarias inespecíficas, ya que los síntomas y signos más frecuentes son poco sensibles (existiendo TVP con clínica poco relevante e incluso ausente) y poco específicos (muchos procesos pueden dar una sintomatología similar).

## **Bibliografía**

1. Murillo L, Pérez FJ. Medicina de urgencias y emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación, 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2015.

**Palabras clave:** Trombosis venosa. Tromboembolia. Dímero D.