



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/827 - Diagnóstico ecográfico de una trombosis extensa de la vena cava inferior por parte del médico de familia

J. Santangelo Magrini^a, M. Algaba Montes^b, M. Patricio Bordomás^b, N. Díaz Rodríguez^c, Á. Rodríguez Lorenzo^d y A.Á. Oviedo García^b

^aTraumatología deportiva. INVAMETD. Valencia. ^bMédico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital de Valme. Sevilla. ^cMédico de Familia. Centro de Salud A Valenza. Barbadás. Ourense. Coordinador del Grupo de Trabajo de Ecografía SEMERGEN. ^dMédico ecografista. Clínica N.S. Perpetuo Socorro. Vigo.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 78 años que acude de urgencias por dolor continuo, en hipocondrio derecho, de varias semanas de evolución, que se irradia a la espalda, valorada en varias ocasiones en urgencias y siendo etiquetado de cólico biliar al acompañarse de orinas oscuras y náuseas.

Exploración y pruebas complementarias: La paciente presentaba buen estado general y se encontraba hemodinámicamente estable. La auscultación cardiorespiratoria resultó normal. Abdomen blando, depresible, indoloro y no se palpaban masas ni megalias, sin presentar signos de irritación peritoneal. Edemas en miembros inferiores que dejaban fovea a la palpación hasta las rodillas. La analítica resultó anodina. Su médico le realiza una ecografía abdominal en la consulta observando una imagen ecogénica, móvil, en la cava retrohepática, compatible con trombosis extensa a ese nivel; a su vez le realizó una ecografía de ambos miembros inferiores para descartar la existencia de TVP, pudiendo objetivar que el sistema venoso profundo era permeable y compresible. La paciente se derivó al hospital de referencia y queda ingresada instaurándose tratamiento con heparina no fraccionada intravenosa. Durante el ingreso se diagnostica mediante la realización de un UroTAC de un Carcinoma de urotelio a nivel de la pelvis renal derecha, realizándose posteriormente nefroureterectomía derecha con cavotomía y trombectomía completa del trombo, recibiendo posteriormente quimioterapia.

Juicio clínico: Trombosis extensa en cava inferior. Síndrome paraneoplásico. Carcinoma de urotelio renal derecho.

Diagnóstico diferencial: Se establecerá con las causas más habituales de hematuria: infecciones urinarias, cálculos, neoplasias, tuberculosis, prostatitis, traumatismos, infecciones, glomerulonefritis y fármacos.

Comentario final: Los tumores renales malignos tienen cierta predisposición por la invasión vascular, y entre el 4-10% presentan algún trombo tumoral que afecta a la vena cava inferior. Por otro lado está demostrado en la literatura científica actual que la trombosis espontánea de la vena cava inferior se asocia frecuentemente con malignidad, debido a un estado protrombótico asociado al tumor. Se estima que la trombosis de la vena inferior permanece infradiagnosticada, ya que a

menudo no se persigue como un diagnóstico primario, y suele ser un hallazgo secundario, como en el caso que presentamos. La ecografía es menos sensible que la TAC en la detección de masas renales, pero puede ser muy útil a la hora de detectar ciertos hallazgos de sospecha de una neoplasia oculta. La ecografía realizada por los médicos de familia, puede ser una herramienta útil en los casos cuya clínica y analítica no estén claros. La sensibilidad de la ecografía para el diagnóstico determinadas patologías abdominales puede ser alta, pero es altamente explorador-dependiente siendo fundamental una adecuada formación de los médicos de familia, para evitar errores diagnósticos. Incorporar la ecografía en los centros de salud disminuye los tiempos globales de atención, puesto que el médico de atención primaria es más efectivo, eficiente y dinámico aportando mayor seguridad clínica al paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. McAree BJ, O'Donnell ME, Fitzmaurice GJ, Reid JA, Spence RAJ and Lee B. Inferior vena cava thrombosis: a review of current practice. *Vascular Medicine*. 2015;18(1):32-43.
2. Giordano P, Weber K, Davis M, Carter E. Acute thrombosis of the inferior vena cava. *Am J Emerg Med*. 2006;24:640-2.