Semergen. 2015;41 (Espec Congr):706

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/1706 - TVP EN EXTREMIDAD SUPERIOR &NDASH; SÍNDROME DE PAGET-SCHROETTER

I.V. Mejía Ganoza[a], C. Álvaro[b] y M. Tristany[c]

[a]Médicos Adjunto Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Fundación Privada Hospital de Mollet del Vallés. [b]Médico de Familia. Centro CAP Arenys de Mar. Arenys de Mar. Barcelona. [c]Médico de Familia. CAP Arenys de Munt. Arenys de Munt. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 36 años, sin alergias medicamentosas o antecedentes patológicos de importancia. Acude a consulta por presentar dolor axilar referido a agujero axilar e inflamación de extremidad superior derecha de 1 día de evolución con posterior sensación de frialdad, que trata con AINEs ya que atribuye a esfuerzo físico tras realizar ejercicios sin mejoría.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física: edema frio distal ESD, circulación colateral marcada. Cambio de coloración con rubicundez en ESD. Pulsos presentes. No limitación articular. Fuerza y sensibilidad conservada. Analítica sanguínea: única alteración dímero D 377 (VN: 0-250). Ecodoppler ESD: TVP axilosubclavia D.

Juicio clínico: Ante sospecha de TVP extremidad superior se deriva a hospital de referencia de donde confirman diagnostico mediante ecodoppler e inician descoagulación que mantiene en la actualidad, además de controles por hematología por estudio de hemofilia familiar, ya que tiene familiares de primer grado con antecedentes de TVP no filiados. Pendiente de intervención quirúrgica por persistencia de estenosis de subclavia derecha evidenciado en angiorresonancia.

Diagnóstico diferencial: Celulitis, tromboflebitis superficial, hematomas musculares, artritis, linfedema, lesiones ocupantes de agujero axilar, sobretodo asociado a patología musculotendinosas, ya que no presentaba ningún factor de riesgo para presentar TVP.

Comentario final: La TVP en extremidades superiores es una entidad de poco frecuente, llegando a ser 20-30% de todas las trombosis, pese al incremento en incidencia secundaria a uso de catéteres venosos tanto centrales como periféricos. De origen primario suele presentarse en el brazo dominante, presuntamente por traumatismos repetitivos asociados a ejercicio fuerte practicado con el miembro afectado en horas previas al evento trombótico; lo cual favorecería la compresión de la vena subclavia y axilar por estructuras osteotendinosas como el ligamento costo-coracoideo, la clavícula, musculo subclavio o articulación de primera costilla. En TVP de extremidades superiores secundarias suele existir desencadenante reconocido que predispone a episodios de hipercoagulabilidad. Inicialmente como en todos los episodios trombóticos se tiene que tener la sospecha diagnostica, siendo de utilidad la elevación marcada de dímero D y la confirmación mediante ecodoppler inicialmente, aunque puede presentar falsos negativos, siendo la flebografía

gold standard para el diagnostico definitivo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Moreno C, Torres JA, Ingelmo Síndrome de Paget-Schrotter (Trombosis de Esfuerzo). A propósito de un caso. AMD 2007;XXIV:118.

2. Villa Estébanez, Veiras del Rio O., Trombosis Venosa Profunda. AMF 2009;5(1):11-20.

3. Qaseem A, Snow V, Barry P, Hornbake ER, Rodnick JE, Tobolic T, et al. Current diagnosis of venous thromboembolism in primare 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.

4. Gargallo C, Todolí JA, Romera B, Suárez L, Calabuig E, Saro E, Bonora B, Calabuig JR. Trombosis venosa profunda de miembros superiores. Factores de riesgo, evolución y síndrome postrombótico Upper limb deep venous thrombosis; Rev Clin Esp. 2005;205:3-8.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.