



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/911 - Trombosis venosa profunda (TVP): Diagnóstico según el modelo clínico predictivo

N. Guelai<sup>a</sup>, M.J. Otero Ketterer<sup>b</sup>, M. de Cos Gutiérrez<sup>c</sup>, A. García-Lago Sierra<sup>a</sup>, B. Martínez Sanz<sup>d</sup>, I. Galán López<sup>e</sup>, C. Fernández Galaché<sup>f</sup>, Á.J. Albarracín Contreras<sup>d</sup> y M. Anta Fernández<sup>g</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Corrales de Buelna. Cantabria. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Besaya. Los Corrales de Buelna. Cantabria. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Potes. Liébana. Cantabria. <sup>d</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dobra. Torrelavega. Cantabria. <sup>e</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Saja. Cantabria. <sup>f</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Zapatón. Cantabria. <sup>g</sup>Médico Internista. Hospital Sierrallana. Cantabria.

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 90 años. Con DM tipo 2 y demencia senil. Apoyo sociofamiliar adecuado. En tratamiento con metformina, sitagliptina, pantoprazol. Acude a su MAP, por presentar dolor, inflamación y enrojecimiento de EII de 3-4 horas de evolución, sin otra clínica acompañante. No refiere traumatismo, cirugía ni inmovilización previa.

**Exploración y pruebas complementarias:** Constantes normales. Buen estado general. CyC: normal. Auscultación cardiaca rítmica con soplo aórtico y pulmonar normal. Abdomen: anodino. EID normal. EII: inflamada, enrojecida, caliente, empastada, dolorosa a la palpación. Pulso pedio débil. Ante la alta sospecha de TVP, se empieza tratamiento con heparina y se deriva con carácter urgente al hospital para realizar pruebas complementaria y confirmar el diagnóstico. Hemograma normal, bioquímica normal, coagulación: dímero-D 12911. Se realiza eco Doppler venoso de la EII donde se objetiva material ecogénico en el interior de las venas femoral común, superficial y poplítea, con extensión al cayado de la vena safena interna. Lo que confirma el diagnóstico inicial.

**Juicio clínico:** El diagnóstico realizado por el MAP está basado en el modelo clínico predictivo de la TVP, consiste en puntuar los hallazgos clínicos: un punto por cada manifestación clínica: cáncer activo actual. Parálisis o inmovilización de la extremidad. Reposo en cama mayor de 3 días o cirugía mayor en los últimos 3 meses. TVP previa. Dolor localizado en la distribución del SVP. Edema con fovea. Aumento del diámetro de la extremidad afectada mayor de 3 cm que la sana. Hinchazón de la extremidad. Circulación colateral superficial venosa. Diagnóstico alternativo al menos tan probable como la TVP (-2 puntos). Por lo tanto: probabilidad alta hasta 75% si:  $\geq 3$  puntos. Probabilidad intermedia hasta 17% si: 1-2 puntos. Probabilidad baja 3%: 0 puntos. En nuestro caso la paciente presenta (hinchazón de pantorrilla y de toda la EII, dolor y edema) por lo tanto sumamos 4 puntos. Así que el MAP diagnostica a la paciente de TVP que posteriormente lo confirma el eco Doppler.

**Diagnóstico diferencial:** TVP. Flebitis superficial. Rotura de quiste de Baker. Lesiones musculotendinosas. Celulitis. Síndrome posttrombótico. Linfedema.

**Comentario final:** La toma de decisión final gira en torno a 2 aspectos: la duración del tratamiento y la realización del tratamiento ambulatoriamente o en el hospital. Dado que es el primer episodio de TVP idiopática (sin factor de riesgo reconocible) se decide tratamiento anticoagulante con HBPM 12.500 cada 24h y sintrom 4 mg según pauta de hematología la primera semana y luego seguir solo con sintrom durante 6 meses.(las TVP asociadas a un factor de riesgo transitorio, el tratamiento dura 3 meses. Y en las que presentan un factor de riesgo permanente o hereditario o es recurrente el tratamiento es indefinido). Teniendo en cuenta que nuestra paciente no tiene alto riesgo de sangrado, ni TVP masivo ni gran comorbilidad, además de tener buen soporte familiar se decide tratamiento ambulatorio.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Gabriel Botella F, Labiós Gómez M. Nuevos criterios para el diagnóstico y tratamiento de la TVP. Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario. Valencia.
2. Selfa Moreno S. Diagnóstico diferencial del dolor agudo en la pantorrilla. "Más allá de la trombosis venosa profunda". Hospital Lluís Alcanyís Xàtiva, Valencia.
3. Antithrombotic therapy and prevention of thrombosis. 9<sup>th</sup> ed ACCP. Guidelines. Chest 2012.