



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/816 - TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA Y ESCABIOSIS

A. López Matarín^a, F. Leiva Cepas^b, F. Castaño Membrives^c, J.M. Madeira Martins^d, M.I. Infante Ruiz^e, E.M. Romero Rodríguez^f, A. Rubio Medina^g, S. Larrasa Soriano^g, M. Gutiérrez Soto^h y L. Sánchez Camacho^h

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Guadalquivir. Córdoba. ^bMédico de Familia. Consultorio de Villarrubia. Córdoba. ^cMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Guadalquivir. Córdoba. ^dMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Fuensanta. Córdoba. ^eMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Villa del Río. UGC Bujalance. Córdoba. ^fMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Occidente. Córdoba. ^gMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Guadalquivir. Córdoba. ^hMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Guadalquivir. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: Paciente mujer de 29 años con antecedentes de amastia derecha congénita intervenida a los 24 años de mamoplastia bilateral. Obesidad. Alteraciones menstruales en tratamiento con ACOs. Tratamiento habitual: etinilestradiol/acetato de ciproterona. Acude a nuestra consulta y a urgencias en diversas ocasiones por eczema pruriginoso que no responde a tratamiento que finalmente se diagnostica como escabiosis, iniciando tratamiento con permetrina. 4 días tras el inicio del tratamiento, presenta clínica de aumento de tamaño y dolor de miembro superior izquierdo que se trata inicialmente como celulitis con antibioterapia en Atención Primaria a pesar de haber sido desestimada como tal en urgencias el día anterior (sin realización de pruebas complementarias); al no presentar mejoría clínica varios días después, acude nuevamente a urgencias.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración, destaca: TA 106/88 mmHg, FC 87 lpm, SatO₂ 98% basal. 1. Auscultación cardiorrespiratoria: rítmica sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. 2. Miembro superior izquierdo: aumento de diámetro y temperatura sin edematización; aumento tumefacción y circulación colateral respecto a contralateral. doloroso al tacto y con limitación de la movilidad por dolor. Dados los hallazgos clínicos se solicita radiografía de tórax y abdomen, electrocardiograma y analítica sanguínea incluyendo hemograma completo, bioquímica y coagulación, obteniendo valores de dímero-D 1.784 ng/ml, resultado todo lo demás estrictamente normal. Inmediatamente se solicita ecografía- doppler de miembro superior izquierdo venoso: tercio distal de la vena subclavia y las venas axilar, basilica y cefálica aumentadas de calibre, no compresibles, con material ecogénico en el interior de las mismas y sin flujo en el estudio doppler color. Hallazgos compatibles con trombosis venosa profunda aguda. Se ingresa a la paciente en Medicina Interna donde se le realiza TAC de tórax con contraste: se observa persistencia de defecto de repleción intraluminal en venas axilar y subclavia izquierda en relación con TVP. Al alta, se inicia tratamiento con acenocumarol que se mantiene durante un año, iniciando posteriormente antiagregación con ácido acetilsalicílico.

Juicio clínico: Trombosis venosa profunda secundaria a escabiosis.

Diagnóstico diferencial: Trombosis venosa profunda secundaria a toma de anticonceptivos orales.

Comentario final: La trombosis venosa profunda asociada a ACOs en una paciente obesa, es prácticamente una constante; pero en este caso clínico hay que destacar la presencia de lesiones cutánea relacionadas con escabiosis. Es esta asociación, que está documentada en la bibliografía, permite achacar a la sarna la existencia de la alteración de anticuerpos anticardiolipina y la presencia de eosinofilia por la parasitación justifican la presencia de la trombosis venosa, ya que la paciente llevaba mucho más tiempo con ACOs sin la presencia de clínica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chosidow O. Scabies and pediculosis. Lancet. 2000;155:819-26.
2. Hay RJ. Norwegian scabies in a patient with a cutaneous vasculitis. Guy's Hospital Reports. 1974;123:177-85.
3. Cabera R, et al. The immunology of scabies. Semin Dermatol. 1993;12:15-21.