

Estudio etiológico de la ETEV

Dr. Gabriel Mellerio

Clínica Médica "C".

Prof. Dr. Juan Alonso

Julio de 2015

Historia clínica.

En emergencia:

60 años, SF

AP: HTA en tratamiento con atenolol e hidroclorotiazida.

Obesa

Artritis reumatoidea diagnosticada hace 25 años. En tratamiento con Metotrexate 17,5mg semanal, prednisona 20mg/día. Vitamina D y calcio

Amputación 1er dedo de pie izquierdo hace 18 meses por infección de partes blandas con mala evolución mala evolución.

Se moviliza con dificultades.

Escala de capacidad funcional AR clase III. Steinbrocker.

AGO:5 gestas: 1 pretermino <34semanas (Preeclampsia) , 1 término muerte súbita del lactante, 2 perdidas fetales 1er trimestre > 10 semanas (1 EE), 1 perdida fetal 5 meses EG

MC: edema MII

EA: consulta por dolor y edema progresivo de MII hasta raíz de muslo de 3 días de evolución. Niega traumatismos previos, no cirugías, movilidad reducida. Niega patología oncológica, mamografía en 2014 normal.

Refiere disnea CF III de meses de evolución sin estudio etiológico. No DD, no DPN.

Niega disnea de reposo, no dolor torácico tipo puntada, no hemoptisis. no tos ni expectoración. Sin clínica de actividad infecciosa en curso.

EF en emergencia: lúcida, eupneica, apirética. Bien hidratada y perfundida. Fascies cushingoide.

PYM normocoloreadas, sin lesiones hiperpigmentadas.

CV: RR, 72 cpm. Sin soplos.

PP: MAV+, disminuido globalmente, sin estertores.

ABD: blando, depresible, indoloro, sin visceromegalias.

MMII: MII asimétrico con edema tenso, doloroso a la palpación, que no deja godet desde raíz de muslo hasta pantorrilla, pulsos presentes

OA: deformidad en articulaciones de manos, desviación cubital y dedos en cuello de cisne.

Resto del examen físico sin alteraciones.

En suma:

60 años, HTA, obesa, AR etapa secuelar.

Mala historia obstétrica. Movilidad reducida.

Dolor y edema asimétrico en MII 3 días
evolución

Planteo: ETEV-Trombosis venosa profunda.

Se solicita en emergencia en vistas a confirmar diagnóstico:

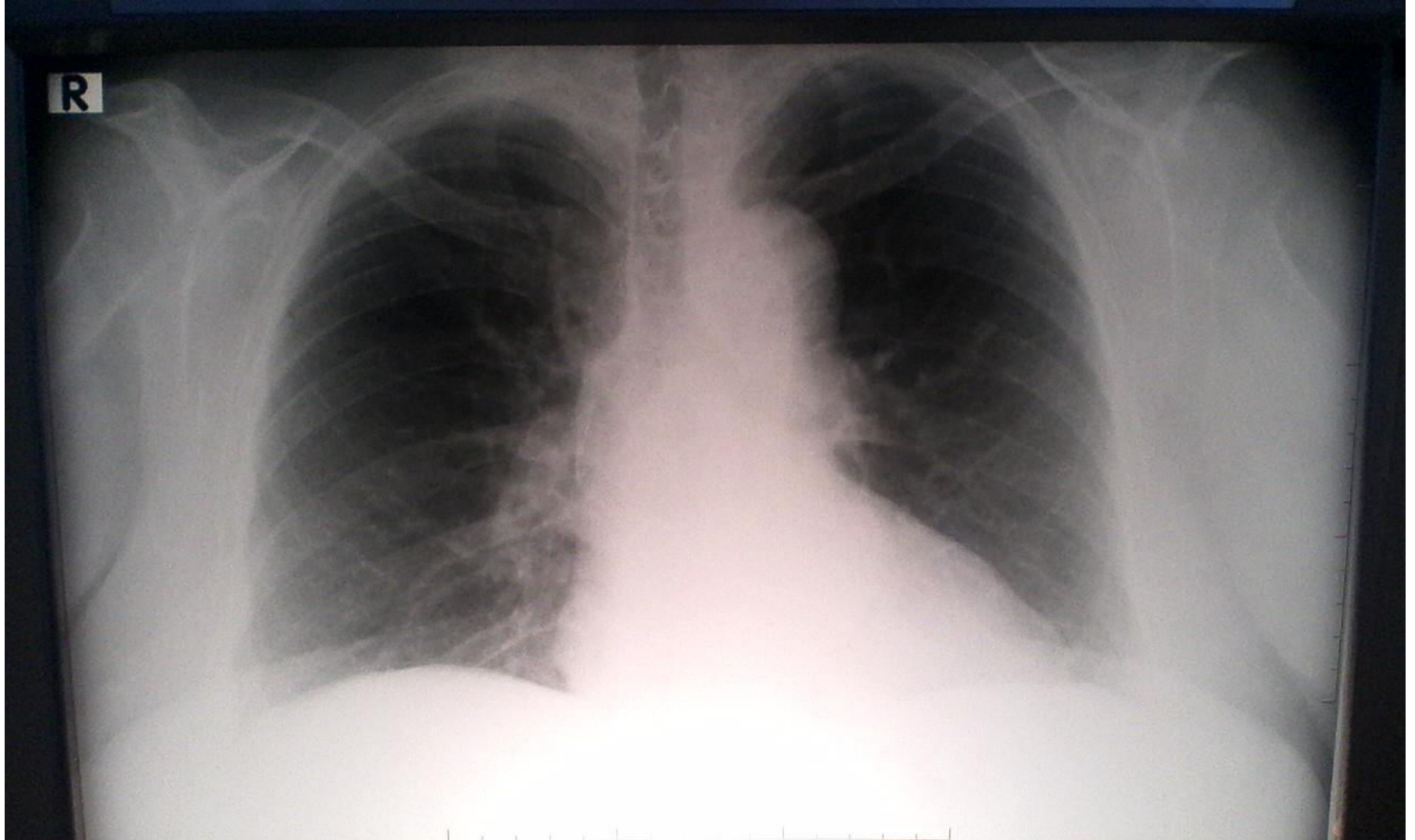
EcoDoppler venoso de MII. Informe:

Se comprueba trombosis ilíaco-femoro-poplítea y sector proximal de los ejes de la pierna.

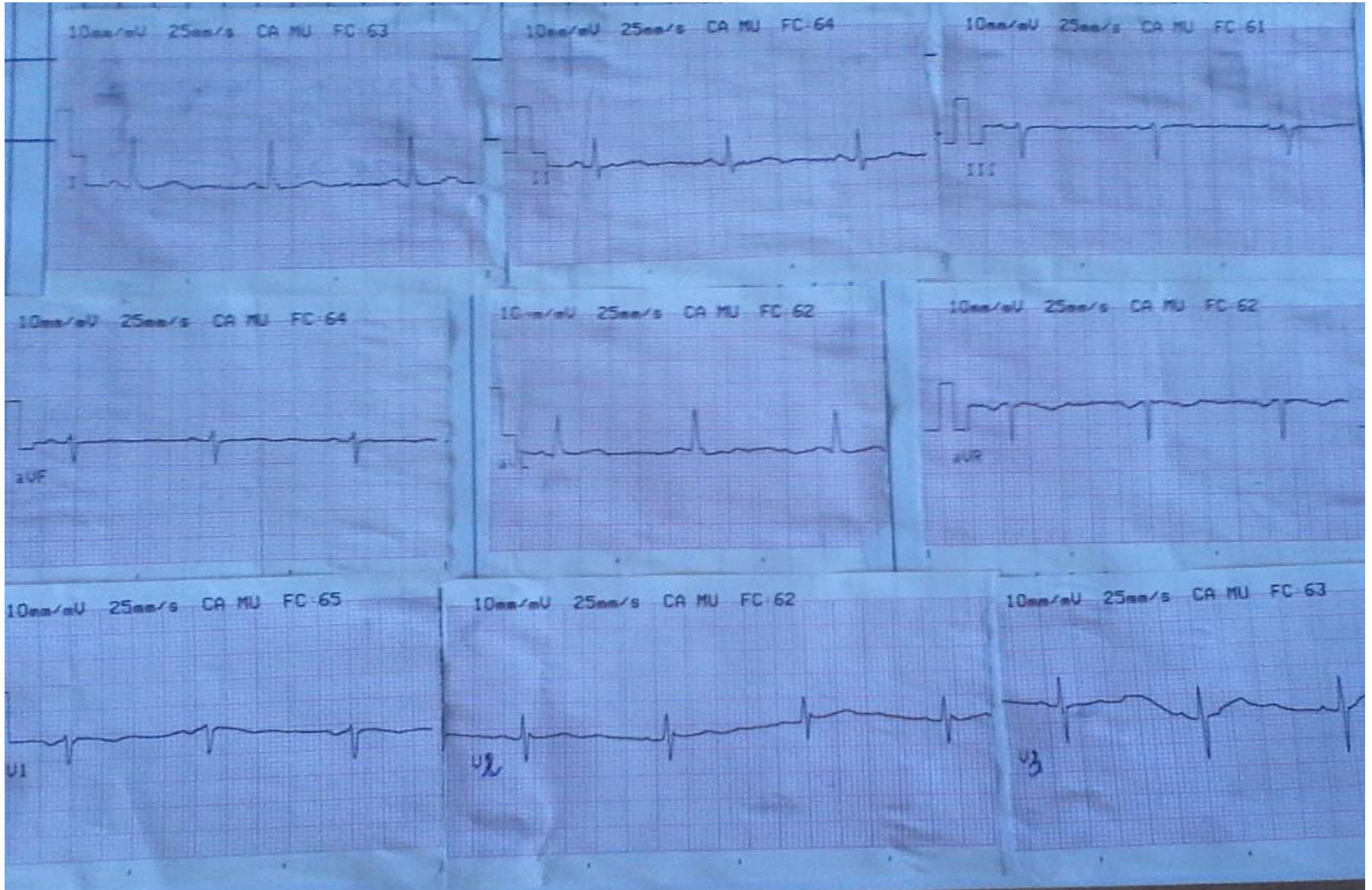
Safena interna trombosada en sector alto de muslo

Eje ilíaco derecho y femoral común derecha permeables.

Radiografía de Tórax



ECG



Ecocardiograma

Fecha		MODO M Y BIDIMENSIONAL			
DSVI	44	<34mm	FEVI	65,00%	≥ 53%
DSVI	25	variable	VD	31	<42mm
SIVI	11	<11mm	AD		AREA <16cm ²
FP	9	<11mm	FEV VD	Normal	TAPSE
AI	32	<40mm	AORTA	31	<37mm
AREA AI	20	<20cm ²	DERRAME	No	
DOPPLER COLOR					
	VEL MAX. m/seg	VEL MED. m/seg	GRAD MAX. mmHg	GRAD MED. mmHg	REG (0.3)
V MITRAL					
AREA MITRAL					
VALV AO					
TSVI Diam.		AREA AORTICA		COEF. OBST AO	
V TRICUSP					

INFORME:
 VI de dimensiones normales con espesor parietal normal. Sin alteraciones sectoriales de la motilidad.
 ... de la motilidad de la pared normal.

INFORME:

VI de dimensiones normales con espesor parietal normal. Sin alteraciones sectoriales de la motilidad.
FEVI normal. Llenado del ventriculo izquierdo normal.

Auricula izquierda normal. Cavidades derechas normales con función sistólica del VD normal.

Válvula aórtica con fibroesclerosis leve y mínima insuficiencia.

Válvula mitral morfológicamente normal con leve insuficiencia.

No se registra insuficiencia tricuspídea para estimar la PSAP.

VCI de calibre normal (15 mm) con colapso inspiratorio mayor al 50% que permite estimar la PAD en 3 mmHg.

Pericardio s/p. Tabiques íntegros no masas endocavitarias.

Aorta ascendente y cayado de dimensiones normales.

**En suma: FIBROESCLEROSIS AORTICA CON MINIMA INSUFICIENCIA.
INSUFICIENCIA MITRAL LEVE.**

Paraclínica en emergencia

Glicemia: 128 mg/dl

Azoemia: 45 mg/dl Crea: 0,85mg/dl

Na 140 meq/l; K 3,3 meq/l; Cl 98 meq/l

Hb 13,1 g/dl; GB 9810 PMN7810 Plt 124000

TP 95%

BT 0,23

Prot 7,30 g/dl Alb 3,9 g/dl

FA 126u/l

TGP 23; TGO 18; GGT 54

PCR 26 mg/l

RxTx

60 años, HTA, obesa, AR etapa secuelar.
Mala historia obstétrica. Paciente con
movilidad reducida.

Trombosis Venosa Profunda - ETEV

Ingresa a sala de medicina para continuar
tratamiento y valoración etiológica.

Se inicia anticoagulación con HBPM

Consideraciones etiológicas

Planteos:

EDEV idiopática

EDEV provocada: Obesidad, movilidad reducida enfermedad inflamatoria intercurrente.

Neoplásica

Trombofilia: adquirida SAF

Screening de trombofilias?

En sala: screening de trombofilias

Proteína C 95% (70-130)

Proteína S 109% (60-130)

AT III

Factor V Leyden

Factor Reumatoideo 132Ui/ml

Inhibidor lúpico + (HBPM+warfarina)

Ac Anticardiolipina –

AntiB2-glicoproteína –

ANA –

28/6 instala disnea brusca acompañada de sd canalicular obstructivo, en apirexia, sin tos ni expectoración.

Al EF:

CV: RR 80 cpm sin soplos, No IY ni RHY. Bien perfundida, PA130/80.

PP: 24 rpm, SatO2 VEA 93%. Estertores secos difusos bilaterales.

Gasometría arterial: Insuficiencia respiratoria tipo I

Planteo: TEP

Se solicita Angio TC

Gasometría arterial

IDENTIFICACIONES	
ID paciente	797409
Apellido	CABRERA
Nombre	
Sexo	Desconoc
Tipo muestra	Arterial
FO ₂ (I)	21.0 %
T	37.0 °C

Valores de Gases en Sangre					
pH	7.423	[-]	
pCO ₂	43.2	mmHg	[-]
pO ₂	47.1	mmHg	[-]

Valores de Oximetría					
ctHb	12.6	g/dL	[-]
Hct	38.7	%	[-]
sO ₂	88.9	%	[-]
FO ₂ Hb	84.7	%	[-]
FCOHb	1.5	%	[-]
A-Hb	12.8	%	[-]

Angio TC

Tronco de la arteria pulmonar, arterias pulmonar derecha e izquierda, lobares, segmentarias y subsegmentarias de calibre normal. Se observa defecto de relleno a nivel distal de la arteria pulmonar izquierda que se extiende a sus ramas lobares superior, de la lingula e inferior, extendiéndose a nivel segmentario de esta última

A derecha defecto de relleno a nivel segmentario de la arteria del lóbulo medio e inferior

Ventrículo derecho de aspecto habitual, sin desplazamiento del tabique interventricular.

En suma: hallazgos TC compatibles con TEP de aspecto agudo bilateral

- TEP bajo anticoagulación?
 - TEP crónico no diagnosticado al momento de la consulta?
- Se debe pesquisar TEP en paciente con TVP?
- Búsqueda de trombofilias
- Hasta dónde buscar patología neoplásica oculta en ETEV idiopática?

Enfermedad tromboembólica venosa idiopática como manifestación inicial de cáncer oculto.

¿Cuán extenso debe ser el screening paraclínico en estos pacientes?

Gerardo Pérez ^{*}, Juan Alonso [†]

Departamento Clínico de Medicina, Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad de la República. Uruguay

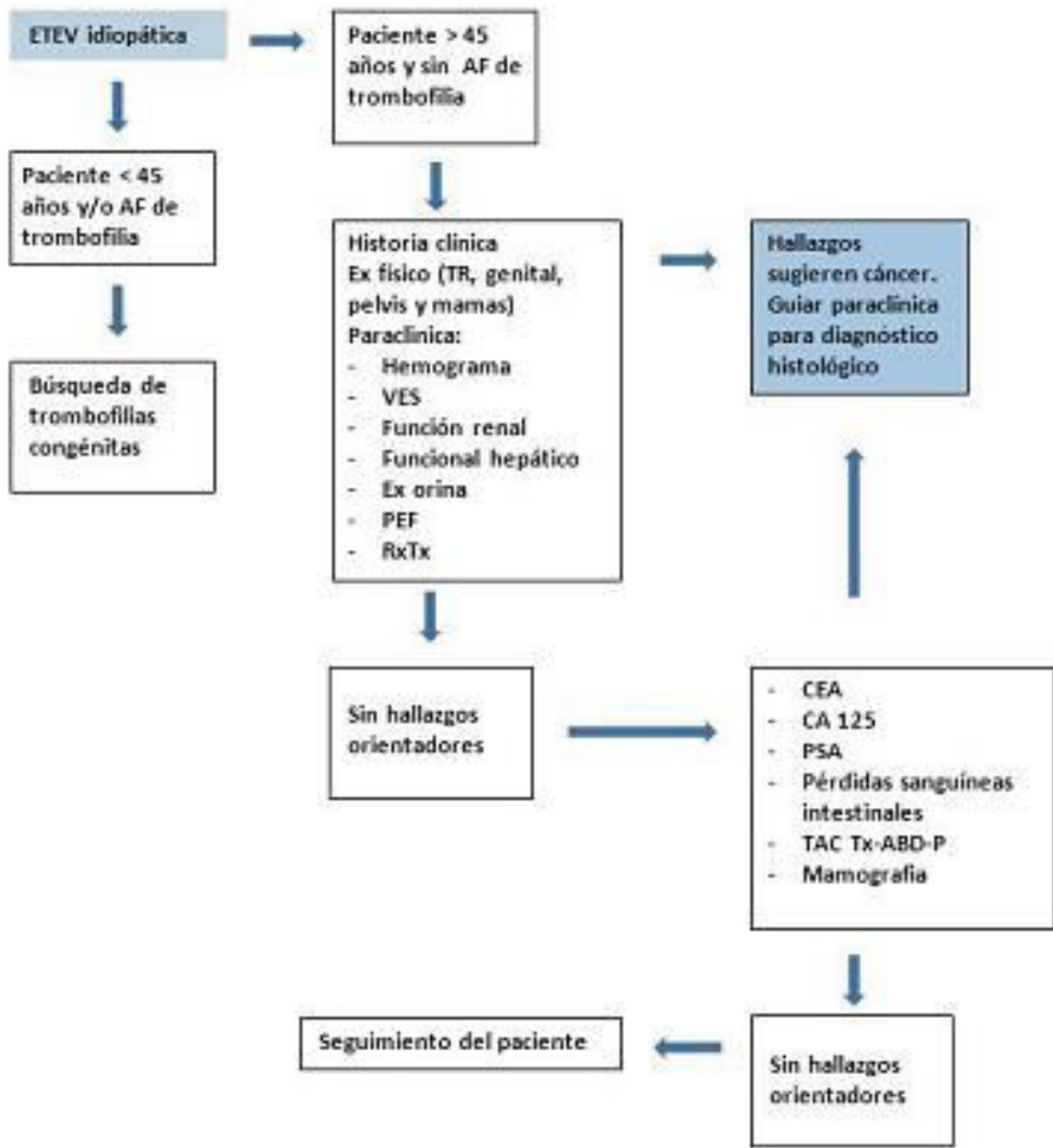
- Pacientes portadores de ETEV idiopática presentan riesgo elevado de cáncer oculto,
- Riesgo elevado dentro del primer año.
- 1 de cada 10 pacientes con ETEV
- Peor pronóstico:
 - Mayor riesgo de metástasis a distancia
 - Menor sobrevida al año

ETEV y cáncer

- Solo aquellos pacientes que se manifiestan inicialmente como ETEV idiopática serían los candidatos ideales para la búsqueda del neoplasma oculto
- Estudio Somit
 - » Aumenta sensibilidad diagnóstica
 - » Detección precoz
 - » Sin diferencias en cuanto a mortalidad por cáncer

ETEV y cáncer

- Para la búsqueda de la neoplasia se proponen los siguientes exámenes por etapas:
- Historia clínica y examen físico que incluye tacto rectal, examen ginecológico y mamario.
 - Hemograma, VES, PEF, función renal y hepática, examen de orina y radiografía de tórax.
 - CEA, CA-125, PSA, TAC de tomografía de abdomen-pelvis y mamografía.



Enfermedad tromboembólica venosa idiopática como manifestación inicial de cáncer oculto. Pérez G et al

Conclusiones

- Importancia del seguimiento, dado que el riesgo persiste hasta dos años luego del diagnóstico de ETEV.
- La búsqueda exhaustiva aumenta la sensibilidad diagnóstica pero no hay evidencia suficiente que apoye su uso rutinario
- Exámenes más específicos y fundamentalmente invasivos (endoscopías, biopsias medulares) dependerán de los hallazgos de estudios previos y no deben ser solicitados en forma rutinaria.