

Valor de la clínica en el diagnóstico de la trombosis venosa.

Correlación con las pruebas diagnósticas

L.M. Rodríguez Rivera

Jefe de Servicio de Urgencias. Hospital MAZ. Zaragoza

La trombosis venosa consiste en la formación de un trombo en el interior de una vena, como consecuencia de la solidificación de la sangre por transformación de las moléculas solubles de fibrinógeno en mallas de fibrina.

Se trata de una enfermedad frecuente que se suele encontrar infradiagnosticada. Sobre todo porque el médico espera hallar una clínica profusa, que raramente aparece, y también porque se valoran signos, que no acompañan a la enfermedad o carecen de especificidad, como sucede con el signo de Homans. Por otra parte es una entidad que es capaz de producir complicaciones, incluso graves, en su evolución, como el embolismo pulmonar o el síndrome postflebitico, por citar algunas, lo cual hace todavía más interesante su estudio.

Nos encontramos ante un proceso que puede tener unos síntomas claros que nos hagan pensar con fuerza en su existencia, o que, por el contrario, no presenta ningún signo ni síntoma, y en estos casos debemos pensar en él atendiendo a los antecedentes y posibles factores de riesgo del paciente. En todo caso sólo podremos realizar un diagnóstico de sospecha y siempre tendremos que depender de las exploraciones complementarias para hacer un diagnóstico de certeza.

Con esto no pretendo decir que la clínica no tenga valor alguno para su diagnóstico. La clínica nos sirve para pensar en el proceso, para encauzar al paciente, para poner en marcha los mecanismos que nos van a proporcionar el diagnóstico definitivo. Por ello podemos decir que la clínica, como siempre, tiene un gran valor, puesto que es el primer paso para obtener el fin último del médico, como es instaurar un tratamiento que nos lleve a la curación del paciente. Si no hay un médico que sospeche la posible existencia de ésta entidad, y solicite las exploraciones complementarias oportunas, difícilmente se podrá diagnosticar.

Tipos de trombosis venosa

Se distinguen dos tipos: trombosis venosa superficial y trombosis venosa profunda.

Trombosis venosa superficial

La trombosis venosa superficial (TVS) puede ser:

1. TVS extensa. Abarca toda la extremidad.
2. TVS limitada. Circunscrita a parte de la extremidad.

Trombosis venosa profunda

La trombosis venosa profunda (TVP) puede ser:

1. TVP proximal. Afecta a una o varias venas proximales.
2. TVP distal. Afecta a una o varias venas distales.

El riesgo de complicaciones tromboembólicas es mayor en la TVP, y se encuentra aumentado cuanto más proximal es la trombosis.

Trombosis venosa superficial

La TVS no ha sido demasiado tenida en cuenta por la comunidad científica, y se considera una enfermedad menor, debido a su fácil diagnóstico y a su buena evolución en la mayoría de los casos.

Normalmente se suele acompañar de la inflamación de la pared de la vena, la cual puede influir definitivamente sobre la formación del trombo. Así podemos distinguir dos entidades:

Flebitis

Inflamación de la pared de la vena sin la existencia de trombo.

Tromboflebitis

Trombosis que se acompaña de flebitis o flebitis que se acompaña de trombosis.

Este componente inflamatorio, que no suele darse en las TVP, es el determinante, en la mayoría de los casos, de los síntomas que se presentan en la TVS, puesto que las venas superficiales son muy sensibles, y cuando se inflaman dolorosas.

Clínicamente, veremos a un paciente que nos refiere dolor en la extremidad, en la que se palpa un cordón indurado y doloroso en un trayecto venoso superficial, acompañado de una coloración rojiza o parduzca en la piel que cubre a la vena, y se percibe un aumento de la temperatura.

Aunque en la mayoría de las ocasiones el diagnóstico es clínico por la exploración vascular, en las TVS extensas se hace necesario realizar un estudio Eco-Doppler para descartar la existencia concomitante de una TVP o cuantificar su extensión.

Puede ser de utilidad realizar unos análisis de sangre constituidos por un hemograma completo, velocidad de sedimentación globular, estudio de coagulación, estudio de anticoagulantes naturales (en el caso de trombosis recidivantes), y de marcadores tumorales (ante trombosis migratorias).

El diagnóstico diferencial deberemos hacerlo con aquellas entidades que produzcan inflamación en las extremidades, como son:

- Erisipelas.
- Linfangitis.
- Distensión venosa.
- Crisis de gota.
- Granulomas sarcoidósicos.
- Seudotromboflebitis de los pacientes infectados por VIH.

Trombosis venosa profunda

Consiste en la formación de un trombo en el interior de una vena del sistema venoso profundo de las extremidades superiores o inferiores.

Todos los trombos situados en el sistema venoso profundo son potencialmente embolígenos, pudiéndose desprender e impactar en el pulmón, siendo este riesgo mayor cuanto más proximal es la trombosis.

La TVP es difícil de diagnosticar y nos obliga a descartar otros procesos que pueden simularla. Jamás diagnosticaremos una TVP exclusivamente por la clínica, y siempre necesitaremos exploraciones complementarias. Debemos sospecharla siempre que existan factores de riesgo asociados, los cuales se enumeran a continuación:

- Historia previa de trombosis venosa y/o tromboembolismo pulmonar.
- Hipercoagulabilidad.
- Cirugía previa.
- Traumatismo.
- Inmovilización.
- Neoplasias.
- Insuficiencia cardíaca congestiva.
- Tratamientos hormonales.
- Hiperviscosidad.
- Obesidad.
- Edad avanzada.
- Insuficiencia venosa.

Clínica de la TVP

La sintomatología es muy variable. Oscila de formas totalmente asintomáticas a presentarse con unas manifestaciones muy abigarradas. El primer caso se observa en enfermos con alto riesgo de presentar trombosis venosa al realizarles de forma sistemática una exploración vascular. Por ejemplo en pacientes operados de prótesis de cadera o rodilla, la búsqueda de trombosis venosa permite detectar que un 20% son dados de alta presentando una trombosis venosa, aunque se hallen con tratamiento preventivo, sin que el paciente note ninguna molestia, o a lo sumo una ligera hinchazón distal de la extremidad.

Clínicamente, el paciente nos refiere dolor, de inicio agudo o subagudo, que se localiza en las partes blandas, en los músculos de la pierna o del muslo. Es un dolor de distensión que puede acompañarse de signos inflamatorios locales, que permanece en decúbito, mejora con el reposo, pero no llega a desaparecer. Al apoyar la pierna aumenta, lo que hace que la apoye con dificultad o la lleve elevada sin carga. Hay también edema, subcutáneo y en el interior de los músculos (lo cual explica el empastamiento), que apenas remite con el reposo. Todo ello puede acompañarse de piel roja y brillante.

A la exploración podemos encontrar los siguientes signos:

- La piel puede aparecer pálida o eritematosa, brillante, tensa y caliente.
- Edema subfascial: se observa un endurecimiento característico que se define como empastamiento.

Se acompaña de fovea si existe edema en la hipodermis.

- Venas superficiales turgentes y dilatadas.
- Aparición de nuevas venas superficiales.
- Dolor sobre los trayectos vasculares.
- Palpación profunda de las masas musculares dolorosa.
- Cordón doloroso superficial en el caso de que se asocie con TVS.

No existe ningún signo ni maniobra específicos de trombosis venosa. El signo de Homans no tiene un valor específico, ya que es positivo cuando existe una trombosis venosa, pero también cuando hay una rotura de fibras en el gemelo o un hematoma subfascial.

En ningún caso puede descartarse una trombosis venosa por falta de suficientes datos exploratorios o factores de riesgo, si existen motivos fundados para sospecharla.

Siempre que se sospeche una trombosis venosa deben tenerse en cuenta las tres premisas siguientes:

- Debe realizarse una exploración complementaria.
- La clínica es solo orientativa de la extensión o localización de la trombosis, nunca concluyente.
- Es muy importante la investigación de antecedentes personales (factores de riesgo: inmovilización, cirugía, cáncer)... y familiares del paciente para sospechar una trombosis venosa, así como la exploración física.

Diagnóstico diferencial de la TVP

Las enfermedades con las que puede confundirse una TVP son muchas, y debemos establecer un diagnóstico diferencial con las siguientes entidades:

- Tendinitis o artritis
- Distensión muscular.
- Traumatismo muscular.
- Inflamación del tejido subcutáneo (celulitis).
- Paniculitis (eritema nudoso, paniculitis nodular progresiva...).
- Hematoma espontáneo.
- Rotura de un quiste de Baker.
- Insuficiencia arterial.
- Patología ósea.
- Varices.
- Flebitis sin trombosis.
- Tratamiento con antagonistas del calcio.
- Rotura fibrilar muscular.
- Infiltración de partes blandas o musculares (infecciosa o tumoral).
- Linfedema postraumático.
- Linfedema idiopático.
- Lipedema.
- Radiculalgias o mononeuritis.

Exploraciones complementarias

Las exploraciones complementarias actualmente utilizadas podemos clasificarlas de la siguiente forma:

Métodos invasivos: flebografía ascendente y cavografía

Consiste en inyectar 75-100 c.c. de contraste yodado en una vena del dorso del pie y observar el relleno del árbol venoso.

Presenta los siguientes inconvenientes:

- Se trata de una técnica invasiva.
- Es dolorosa.
- Es relativamente cara.
- Puede producir flebitis en un 2% de los casos.
- Es difícil de interpretar en 10% de los casos.
- Produce reacciones anafilácticas por el contraste yodado en 1-2% de los casos.
- Es frecuente encontrar diagnósticos dispares entre distintos observadores, incluso siendo expertos.

Métodos no invasivos: Eco-doppler

Hoy en día es el único método no invasivo científicamente probado, y proporciona una gran cantidad de datos, que interpretado por observadores expertos, son de gran valor. Se trata de la exploración de elección en el diagnóstico de TVP.

Análisis de sangre

Se debe realizar un análisis de sangre consistente en hemograma con recuento de plaquetas, tiempo de protrombina y de cefalina (APTT), fibrinógeno, creatinina, triglicéridos e ionograma.

Dímero-D

No existe ninguna prueba de laboratorio capaz de asegurar que una persona presenta una trombosis venosa. No obstante, el hallazgo de un resultado negativo en la determinación del Dímero-D, descarta con alta probabilidad la presencia de una TVP o un embolismo pulmonar.

Bibliografía recomendada

- Jobin F. Generalités sur la pathogenie des thromboses. En: Jobin F, *et al.* *La thrombose*. Quebec: Les Presses de l'Université de Lével. 1995;63-93.
- Bettman MA. Contrast phlebology. En: Hirsh J, *et al.* *Venous Thrombosis and pulmonary embolism. Diagnostic methods*. New York: Churchill Livingstone, 1987;20-32.
- Wells PR, *et al.* Value of assessment of pretest probability of deep-vein thrombosis in clinical management. *Lancet* 1997;350:1795-8.
- Browse NL, *et al.* *Diseases of the veins* (2ª ed.). London: Edward Arnold, 1999.
- Lefebvre D. Thromboses veineuses superficiels. En: Elias A, *et al.* *Maladie Thromboembolique veineuse*. Paris: Masson, 1995.