



Trombosis venosa profunda de miembro superior

Deep Vein thrombosis upper limb

Jeannette Mercedes Rufino Arias

Médico de Familia. Centro de salud Alquerías, Murcia, España

Recibido: 12/06/2025

Aceptado: 31/07/2025

Correspondencia: drajeannette09@gmail.com

DOI: <https://doi.org/10.24197/cl.30.2025.106-111>

RESUMEN La trombosis venosa profunda en las extremidades superiores constituye una entidad poco habitual en la práctica clínica y, en consecuencia, también en los estudios de imagen. Debido a esta baja sospecha diagnóstica, existe el riesgo de que pase inadvertida, lo que puede ocasionar una morbilidad significativa en el paciente¹. El gold estándar para su diagnóstico tras dímero-D alto en la coagulación venosa es la prueba de imagen eco-doppler venoso que evitan retraso en el tratamiento anticoagulante¹. Aquí presento el caso de una mujer de 54 años de edad que presenta dolor, rubor, edema y tumefacción de miembro

ABSTRACT Upper extremity thrombosis is an unusual finding in the clinic, and therefore in imaging tests. This is why, in the presence of low suspicion, its diagnosis may be overlooked, resulting in significant morbidity for the patient. The gold standard for its diagnosis after high D-dimer levels in venous coagulation is the venous echo-doppler imaging test, which prevents delays in anticoagulant treatment. Here I present the case of a 54-year-old woman who presents with pain, redness, edema, and swelling of the left upper limb.

PALABRAS CLAVE: Trombosis venosa profunda

KEYWORDS: Deep vein thrombosis

1. INTRODUCCIÓN

La trombosis venosa profunda (TVP) representa un problema relevante de salud pública, ya que cada año afecta a millones de personas a nivel global. En España, la incidencia estimada es de 116 casos por cada 100.000 habitantes, de acuerdo con los datos publicados por el Grupo de Estudio del Tromboembolismo Venoso. Sin embargo, hay razones para pensar que la incidencia real de TVP es superior, por tratarse con frecuencia de cuadros infradiagnosticados^{2,3}. La TVP de miembros superiores representa aproximadamente entre el 1% y el 4% de todos los casos de TVP^{4,5}, siendo aún más infrecuente la etiología primaria de esta entidad, con una incidencia anual estimada de 1 a 2 casos por cada 100.000 habitantes, ya que cuando la TVP de extremidades superiores ocurre, suele ser secundaria a la colocación de un catéter venoso central o a estados protrombóticos⁶.

2. HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 56 años con antecedentes personales de interés sin alergias medicamentosas conocidas, no hipertensión arterial, no diabetes mellitus, no hábitos tóxicos, no dislipemia, en tratamiento con apocard 100mg 1 al día y emconcor 5mg diario por fibrilación auricular paroxística sin cardiopatía estructural, que consulta inicialmente el 11 de abril en el centro de salud por un resfriado y artralgiás, siendo positivo para covid19.

El día 14 de abril consulta nuevamente en el centro de salud por palpitaciones y es derivada a urgencias con vía periférica (catéter venoso periférico), siendo diagnosticada de FA con buen control de frecuencia.

Posteriormente el día 17 de abril, presenta dolor, tumefacción, rubor y eritema en la cara interna del miembro superior izquierdo, en el mismo brazo donde, tres días antes, se le había colocado un catéter venoso periférico. Acude al servicio de urgencias de atención primaria, donde se diagnostica como picadura de insecto y se prescribe tratamiento con corticoides y antihistamínicos orales.

Ante la ausencia de mejoría, la paciente acude al servicio de urgencias hospitalario, donde realizan analítica con Dímero-D y eco-doppler venoso de MSI siendo diagnosticada de trombosis humeral.

En la exploración física presenta Buen estado general, consciente y orientada, con buena coloración de la piel y bien hidratada. Constantes vitales estables tensión arterial (TA) inicial: 119/78 mm Hg; Temperatura inicial 35,3 °C; Frecuencia Cardiaca Inicial 91 l.p.m.; Saturación de oxígeno (Sat.O2) Inicial 99 %; Auscultación cardiopulmonar: arritmico con respuesta ventricular normal. Murmullo vesicular conservado, no ruidos respiratorios añadidos. Exploración Neurológica: sin focalidad neurológica aparente. En MSI: presenta dolor, tumefacción, rubor y eritema en cara interna.

3. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Se le realiza un electrocardiograma (ECG), mostrando fibrilación auricular (FA) a 120 l.p.m. QRS estrecho sin alteraciones de la repolarización.

Se solicita una analítica sanguínea (tabla 1), donde se muestra un Dímero D elevado: 1056 ng/ml. Además, se realiza una radiografía de tórax (figura 1) mostrando cardiomegalia y aumento de la trama broncovascular y un eco Doppler venoso de miembro superior con trombo presente en la vena humeral y mediana basílica del miembro superior izquierdo (figura 2)

Analíticas	Resultados	Analíticas	Resultados
1. Glucosa	86mg/dL	8. Hemoglobina	13.4 g/dL
2. Urea	45mg/dL	9. VCM	88.4 fL
3. Creatinina	0-62mg/dL	10. Leucocitos totales	7.30 x10^3/uL
5.Sodio	138 mEq/L	11. Neutrófilos	55.10%
6. Potasio	4.6 mEq/L	12. Plaquetas	194 x10^3/uL
7. Proteína C Reactiva	0.5 mg/dL	13. Dímero D	1056 ng/ml

Tabla 1. Resultados de la analítica sanguínea realizada.



Figura 1. Radiografía de TÓRAX de la paciente



Figura 2. Eco-doppler venoso, donde se muestra el trombo

4. EVOLUCIÓN

Se decide ingreso a cargo de medicina interna para inicio de anticoagulación subcutánea con heparina de bajo peso molecular, hibor diario (heparina de bajo peso molecular – HBPM) a dosis profilácticas. Al tercer día pasa a anticoagulación oral con dabigatrán 150mg cada 12 horas hasta la siguiente revisión en consulta externa de Unidad de trombosis medicina interna.

5. DIAGNÓSTICO

Trombosis venosa profunda de vena humeral y mediana basilica del miembro superior izquierdo.

6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La trombosis venosa profunda (TVP) de extremidades superiores (EES) supone aproximadamente un 1-4 % del conjunto de trombosis venosas profundas. Su incidencia está aumentando por el uso de catéteres. Expresa la presencia de un trombo en las venas subclavias, axilares o humerales. Las trombosis de las venas cefálica y basilica no se incluyen en esta definición, considerándose trombosis superficiales⁵.

Se considera trombosis venosa proximal aquella que afecta desde las venas axilares hacia segmentos más centrales, mientras que se denomina trombosis distal a la que compromete la vena braquial o vasos más periféricos⁵.

En cuanto a la afectación vascular, las venas axilares y subclavias son las que con mayor frecuencia se ven implicadas. El sistema venoso superficial está constituido por las venas cefálica, basilica, cubital media y las cefálicas accesorias, mientras que el sistema venoso profundo incluye las venas radial, cubital, braquial, axilar, subclavia y braquiocefálica; esta última se forma por la confluencia de la vena subclavia con la vena yugular interna⁵.

Según su causa, se clasifican como primarias o secundarias.

1.- TVP primarias (20-30%):

- Síndrome del estrecho torácico, síndrome de Paget-Schroetter (relacionado con esfuerzos o ejercicios, más común en jóvenes). Se trata de un síndrome de compresión venosa torácica por anomalías en la anatomía de la salida torácica (primera costilla, clavícula, ligamento costoclavicular, músculos subclavio o escaleno anterior) que causan compresión o lesión recurrente en el paquete vascular.
- Idiopáticas⁵.

2.- TVP secundarias (70-80%):

- Asociadas a uso de catéter venoso central (CVC) o cables de marcapasos.
- Cáncer activo
- Cirugía o traumatismo
- Hormonal (gestación, puerperio, anticonceptivos orales)
- Insuficiencia cardíaca
- Compresión externa⁵.

En este caso, fue por la colocación de un catéter venoso periférico 3 días previos.

Desde el punto de vista clínico, la trombosis venosa profunda puede manifestarse con dolor o sensación de molestia, parestesias, eritema, debilidad y/o edema en la extremidad comprometida. En la exploración física suelen encontrarse signos como tumefacción, hinchazón y circulación colateral; no obstante, se han documentado casos totalmente asintomáticos⁵. Entre los principales diagnósticos diferenciales deben considerarse hematomas, lesiones musculares del miembro superior, celulitis, linfedema y gangrena².

En el caso descrito, la paciente recibió inicialmente el diagnóstico de picadura de insecto. Solo con la progresión clínica aparecieron signos sugestivos de TVP, como el edema, el aumento de volumen de las partes blandas y la presencia de circulación colateral en el brazo derecho.

El estudio mediante **eco-Doppler venoso** constituye la técnica de referencia para la confirmación diagnóstica⁵, aunque pueden emplearse también resonancia magnética, flebografía o angio-TC como métodos complementarios. En este caso, la confirmación se obtuvo a través del eco-Doppler venoso¹.

En la evaluación inicial de sospecha de TVP, la determinación de **dímero-D** resulta útil, ya que un valor negativo (VN 0–500 ng/mL) permite descartar el proceso trombotico. Sin embargo, cuando la probabilidad clínica es elevada, será necesario realizar una prueba de imagen para confirmar o excluir el diagnóstico¹.

Las complicaciones, que suceden con menor frecuencia que en la TVP de MMII, incluyen embolismo pulmonar (6%), recurrencia (mayor riesgo en mujeres, pacientes con cáncer, obesos o con trombofilia) o síndrome posttrombótico^{2,5}.

En 2008, Constans y su equipo propusieron una escala clínica predictiva para la trombosis venosa profunda en las extremidades superiores, basada en la combinación de signos clínicos y factores de riesgo. Aunque su exactitud no permite utilizarla como única herramienta diagnóstica, resulta útil para identificar pacientes con mayor probabilidad de enfermedad, en quienes estaría justificado realizar estudios de imagen⁵.

ESCALA DE CONSTANS	
Variable	Puntos
Portador de material endovenoso (catéter -subclavia, yugular-, marcapasos)	+1
Dolor local	+1
Edema local con fóvea	+1
Diagnóstico alternativo tanto o más probable	-1

Tabla 2. Escala de Constans.

Su valoración se estima de la siguiente forma:

- Bajo riesgo: ≤ 0
- Riesgo intermedio: 1
- Alto riesgo: ≥ 2

A partir de esta escala se ha desarrollado un algoritmo diagnóstico que diferencia entre **baja probabilidad** (puntuación ≤ 1) y **alta probabilidad** (puntuación ≥ 2), incorporando además la determinación de dímero-D y la ecografía como pruebas complementarias. Este modelo fue evaluado en el estudio multicéntrico ARMOUR, que mostró un bajo índice de error diagnóstico (0,4%)⁵.

En cuanto al tratamiento, las intervenciones buscan fundamentalmente controlar los síntomas, prevenir la extensión del trombo y disminuir el riesgo de complicaciones. Dado que no existen ensayos clínicos específicamente diseñados para valorar la mejor estrategia terapéutica en la TVP de miembros superiores, la mayoría de las recomendaciones derivan de la evidencia obtenida en pacientes con trombosis venosa profunda en extremidades inferiores⁵.

El American College of Chest Physicians (ACCP) recomienda, en las TVP más proximales (vena axilar a venas más proximales) tratamiento anticoagulante con heparina de bajo peso molecular (HBPM), fondaparinux, heparina no fraccionada IV o SC, anticoagulantes orales o trombólisis. En cuanto a la terapia compresiva, las mismas guías se pronuncian contra el uso de terapia compresiva local⁵.

Trombosis asociada a catéter. El inicio del tratamiento anticoagulante está indicado en todos los casos, independientemente de si el catéter se retira o permanece colocado. Sin embargo, no existen recomendaciones claras acerca del intervalo de tiempo que debería transcurrir entre el inicio de la anticoagulación y la retirada del dispositivo.

- Cuando el catéter trombosado es funcional, está correctamente posicionado y resulta imprescindible, no se aconseja su retirada; en este caso, el tratamiento anticoagulante debe mantenerse mientras continúe colocado.

- Si el catéter trombosado deja de ser funcional o ya no es necesario, debe retirarse, aunque no de manera inmediata. Se recomienda mantener la anticoagulación durante un período de tres a seis meses⁵.

En conclusión, la trombosis venosa profunda del miembro superior constituye una patología infrecuente que debe tenerse en cuenta en pacientes que presentan edema en la extremidad. La identificación temprana depende en gran medida del conocimiento de los factores de riesgo, siendo la **eco-Doppler venosa** la técnica de elección para su diagnóstico.

7. ÉTICA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Confidencialidad de los datos

El autor declara que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

El autor ha obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

PUNTOS DESTACADOS

El diagnóstico de TVP de miembros superiores es, en ocasiones, difícil, porque los signos y síntomas no siempre son evidentes. Por ello es importante ser conocedores de la etiología, los principales factores de riesgo, la sintomatología y los métodos diagnósticos de esta enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Espejo García B, Gallego Gómez A, Muñoz-Quintela A, García Muñoz AJ, Iglesia Chaves N, Vargas BA, Ruiz Guerrero A. Trombosis de la extremidad superior. | Seram [Internet]. 26 de mayo de 2022.
2. Grupo Multidisciplinar para el Estudio de la Enfermedad Tromboembólica en España. Estudio sobre enfermedad tromboembólica en España. Madrid. 2006.
3. Guijarro R, Montes J, Sanromán C, Monreal M, RIETE Investigators. Venous thromboembolism in Spain. Comparison between an administrative database and the RIETE registry. Eur J Intern Med. 2008; 19:443
4. Isma N, Svensson PJ, Gottsäter A, Lindblad B. Upper extremity deep venous thrombosis in the population-based Malmö thrombophilia study (MATS). Epidemiology, risk factors, recurrence risk, and mortality. Thromb Res. 2010;125: e335---8. Publicación electrónica 20 Abr 2010.
5. Marco Aguilar P, González González E, Abades Vázquez JL, Villar García I, Soriano Barrón R, Cuadra Eguiluz S. Atención de pacientes con trombosis venosa profunda de extremidades superiores en el servicio de urgencias [Internet]. La Rioja: Rioja Salud; 2021. [revisado Mayo 2021; consultado 12 agosto 2025]. Disponible en: <https://www.riojasalud.es/files/content/servicios/urgencias/profesionales/atencion-pacientes-TVP-extremidades-superiores.pdf>
6. Lindblad B, Tengborn L, Bergqvist D. Deep vein thrombosis of the axillary-subclavian veins: Epidemiologic data, effects of different types of treatment and late sequelae. Eur J Vasc Surg. 1988; 2:161---5.