

REPORTE DE CASO

# Trombosis de vena epigástrica con extensión a vena escrotal: reporte de caso

Wilmer Rivero Rodríguez <sup>1,a</sup> | Silvia Patricia Delgado Caballero <sup>2,b</sup> | Gianmarco Camelo Pardo <sup>3,c</sup> | Sebastián Pinzón Vargas <sup>3,c</sup> | Nancy Karol Julieth Bueno Prato <sup>4,c</sup>

<sup>1</sup> Hospital Internacional de la Fundación Cardiovascular de Colombia, Floridablanca, Colombia.

<sup>2</sup> Hospital Universitario de Santander, Bucaramanga, Colombia.

<sup>3</sup> Fundación Cardiovascular de Colombia, Floridablanca, Colombia.

<sup>4</sup> Universidad de Santander (UDES), Bucaramanga, Colombia.

<sup>a</sup> Médico cirujano.

<sup>b</sup> Posgrado en Audiología.

<sup>c</sup> Médico general.

**Palabras clave:**

trombosis; signos y síntomas; mortalidad; ultrasonografía Doppler dúplex (Fuente: DeCS - BIREME).

**RESUMEN**

Se presenta el caso de un paciente masculino sin antecedentes patológicos de importancia clínica con dolor abdominal irradiado a región genital, a quien se le realizó un diagnóstico incidental por ecografía Doppler de trombosis venosa espontánea en la vena epigástrica, con extensión a la vena escrotal. Posteriormente, requirió tratamiento anticoagulante. La enfermedad tromboembólica es una patología con complicaciones cardiovasculares. Su etiología es multifactorial y la ecografía Doppler fue el método diagnóstico de elección. En este reporte se presenta un paciente sin antecedentes de importancia, con cuadro de dolor abdominal inespecífico y hallazgos de trombosis en la vena epigástrica, con extensión a vena escrotal. Se realizaron estudios complementarios con valores de anticoagulante lúpico altos, lo cual permite incluir esta patología en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal.

# Epigastric vein thrombosis with extension to the scrotal vein: case report

**Keywords:**

thrombosis; signs and symptoms; mortality; Duplex/Doppler ultrasonography (Source: MeSH - NLM).

**ABSTRACT**

We present the case of a male patient with no significant pathological history, who experienced abdominal pain radiating to the genital area. An incidental diagnosis of spontaneous venous thrombosis in the epigastric vein, extending to the scrotal vein, was made via Doppler ultrasound. The patient subsequently required anticoagulant therapy. Thromboembolic disease is a condition associated with cardiovascular complications, and its etiology is multifactorial. Doppler ultrasound was the diagnostic method of choice. This report describes a patient with no relevant medical history, presenting with nonspecific abdominal pain and findings of thrombosis in the epigastric vein, extending to the scrotal vein. Complementary studies revealed elevated lupus anticoagulant levels, which supports the inclusion of this pathology in the differential diagnosis of abdominal pain.

**Citar como:** Rivero W, Delgado S, Camelo G, Pinzón S, Bueno NKJ. Trombosis de vena epigástrica con extensión a vena escrotal: reporte de caso. Rev Peru Cienc Salud. 2024; 6(3). doi: <https://doi.org/10.37711/rpcs.2024.6.3.545>

**Correspondencia:**

Gianmarco Camelo Pardo

Autopista Bucaramanga-Piedecuesta Valle de Mensulí, Santander, Colombia.

3103272079

gianmarconacional@hotmail.com



## INTRODUCCIÓN

La enfermedad tromboembólica venosa (ETE) es considerada actualmente como la tercera causa de muerte de origen cardiovascular tras el ictus y la cardiopatía isquémica<sup>(1,2)</sup>. Está comprendida por la trombosis venosa profunda (TVP) y el tromboembolismo pulmonar (TEP) y presenta tasas elevadas de morbimortalidad<sup>(3,4)</sup>. La TVP es consecuencia de la formación de un trombo en el sistema venoso profundo, con la probabilidad de desprenderse viajando por el sistema venoso de la extremidad afectada hasta el árbol arterial pulmonar (al TEP)<sup>(5)</sup>.

La incidencia de la ETE se estima alrededor del 0,1 % al 0,27 %<sup>(6)</sup>, afectando hasta el 5 % de la población durante su vida<sup>(1)</sup>. Existen diferentes factores de riesgo en la ETE, como sexo, edad, inmovilización, ETE previa, cirugías prolongadas, traumatismos, tabaquismo, obesidad, neoplasias, anticonceptivos orales, terapia de remplazo hormonal, trombofilias, viajes prolongados, accidentes cerebrovasculares, enfermedades cardiovasculares, diabetes *mellitus*, embarazo y puerperio<sup>(4,7)</sup>. Luego de la cuarta década de vida se duplica el riesgo; además, los antecedentes neoplásicos también aumentan cuatro veces el riesgo<sup>(7)</sup>, principalmente el cáncer de páncreas y cerebral. En el caso de trombosis cerebral se ha encontrado relación con el aumento del índice de masa corporal (IMC) y episodios de anemia. Los trastornos mieloproliferativos se asocian con trombosis de la vena abdominal y la mutación de protrombina G20210A (PTM) aumenta el riesgo de compromiso en miembros inferiores<sup>(8,9)</sup>.

En su proceso fisiopatológico, mecánicamente, el endotelio venoso se activa mediante respuestas inflamatorias, aumentando la expresión de selectina en la superficie. Este mecanismo endotelial provoca la unión de plaquetas y leucocitos como parte de la activación de la cascada de coagulación, generando una interrupción abrupta del flujo sanguíneo en el sistema venoso, lo que provoca edema y dilatación de las venas superficiales. Los pacientes presentan manifestaciones clínicas inespecíficas, como dolor, tumefacción o enrojecimiento, lo que lleva a un retraso en el diagnóstico<sup>(4)</sup>. La ecografía Doppler es la prueba de elección para el diagnóstico de TVP, indicada en pacientes con riesgo moderado-alto o dímero-D positivo<sup>(1)</sup>. En el seguimiento el dímero D suele permanecer aumentado hasta después del tratamiento antifibrinolítico.

El tratamiento de la trombosis venosa debe ser individualizado. Existen diferentes alternativas, considerar la fibrinólisis o uso de dispositivos intervencionistas. En casos de recurrencia, en el tratamiento es necesario el ajuste de la terapia a dosis

plena, recordando las contraindicaciones más frecuentes, como sangrado activo, riesgo de sangrado que amenace la vida o cirugía de urgencia<sup>(3)</sup>. El objetivo es evaluar el agente anticoagulante con adecuada eficacia y perfil de seguridad<sup>(3)</sup>, con el objetivo de encontrar un aumento en las tasas de supervivencia<sup>(6)</sup>.

En el esquema de tratamiento es posible administrar heparina no fraccionada (HNF) o heparina de bajo peso molecular (HBPM), por 5 a 7 días, continuando con antagonistas de la vitamina K (VKA), los cuales requieren control de INR. De acuerdo a la etiología, se clasifica como provocada por factores de riesgo transitorios, no provocada o asociada con malignidad, cada uno con su respectivo manejo<sup>(3)</sup>.

El objetivo de esta publicación es presentar el caso de un paciente adulto joven con un hallazgo incidental de trombosis venosa espontánea epigástrica con extensión a vena escrotal, quien requirió manejo médico y farmacológico. Este caso de gran importancia permite incluir la trombosis venosa como un diagnóstico diferencial crucial en el abordaje del paciente con dolor abdominal.



## PRESENTACION DEL CASO

Paciente de 35 años, sexo masculino, sin antecedentes patológicos de importancia, quien cursó con cuadro de dolor en hipogastrio irradiado a región inguinal derecha, sin hallazgos de importancia al examen físico. Hemograma de ingreso en rango normalidad. Durante su estancia hospitalaria el dolor presentó un aumento progresivo con irradiación a base del pene y cuello escrotal, por lo cual se solicitó dúplex Doppler a color de vasos del pene, observando trombosis de vena epigástrica inferior derecha extendida hacia vena escrotal derecha, cuerpos cavernosos y esponjosos, con morfología y ecogenicidad normal, no calcificaciones de la túnica albugínea (ver Figuras 1 y 2).

Por todo lo anterior, se inició manejo farmacológico con warfarina y medición del índice internacional normalizado (INR), buscando un rango terapéutico; además, se realizó vigilancia hemodinámica sin deterioro hemodinámico posterior. En estudios de control se evidenció: hemograma, función renal, electrolitos, dímero D, sangre oculta en heces dentro de rangos de normalidad. A continuación, se realizó nuevo Doppler sin presencia de trombosis venosa profunda en miembros inferiores, así como pruebas de función hepática con incremento de sus valores (deshidrogenasa láctica: 265U/l, transaminasa glutámico oxalacética (GOT) 318,13 U/L, transaminasa glutámico pirúvica (GPT) 651,81U/l y fosfatasa alcalina 76U/L), considerándose estos hallazgos en relación al uso de la anticoagulación, por lo cual se realizó modificación al esquema.



**Figura 1.** Dúplex Doppler color de vasos del pene con presencia de trombosis de vena epigástrica inferior derecha extendida hacia vena escrotal derecha

En interconsulta por hematología fue valorado con resultados de anticoagulante lúpico: 47,7 segundos (positivo) junto con otros resultados en rango de normalidad (antitrombina III 96,50 %, beta 2 glicoproteína 1: anticuerpos IgM negativo, beta 2 glicoproteína 1: anticuerpos IgG, cardiolipinas: anticuerpos IgM, cardiolipinas: anticuerpos IgG, proteína S 104 %, proteína C de la coagulación antígeno: 117,6 %).

multifactoriales, con un riesgo aumentado en pacientes con factores de riesgo descritos. En el momento del abordaje y sospecha clínica, el diagnóstico se debe realizar mediante ecografía Doppler, que permita detectar adecuadamente el compromiso y extensión. Se debe iniciar tratamiento farmacológico de forma individualizada (heparina no fraccionada, heparina de bajo peso molecular o técnicas trombólisis o intervenciones con dispositivos).

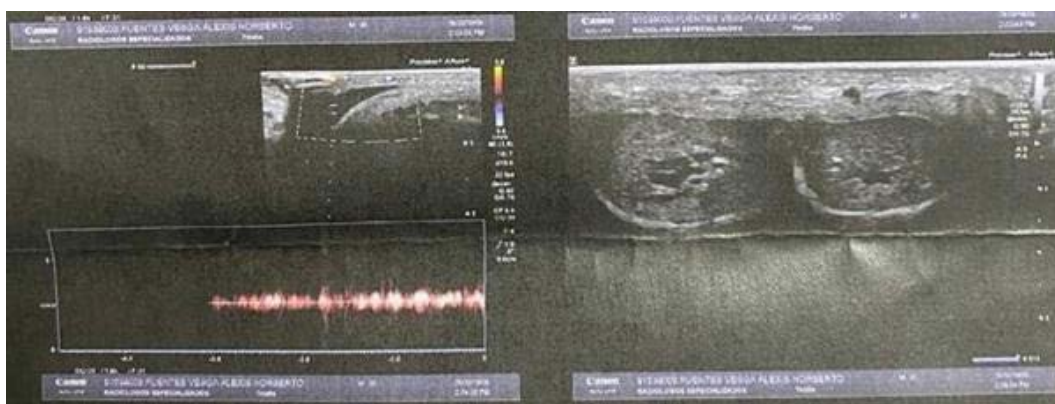
Teniendo en cuenta la adecuada evolución del paciente se dio egreso, continuando tratamiento con rivaroxabán. Luego de 30 días el paciente asiste a control ambulatorio por urología con registro de dúplex sacnning Doppler de vasos del pene con dilataciones venosas de venas gonadales con un diámetro hasta 3,4 mm y trombosis venosa epigástrica inferior con signos de organización.

En este caso, el paciente no presentaba ningún tipo de antecedente, con cuadro de dolor abdominal irradiado a escroto y posterior hallazgo incidental de trombosis en la vena epigástrica con extensión a vena escrotal; además, con factores predisponentes, como valor de anticoagulante lúpico (LA) alto.

**DISCUSIÓN**

La ETEV es la tercera causa de muerte de origen cardiovascular. Las causas de trombosis venosa son

Esto se presenta en concordancia con la literatura sobre casos similares, donde la detección del anticoagulante lúpico y, posiblemente, anticuerpos anticardiolipina (AAC) tipo IgG son un riesgo de trombosis con incidencia entre el 9 % y el 46 % en los pacientes positivos <sup>(10)</sup>.



**Figura 2.** Dúplex Doppler color de vasos del pene con cuerpos cavernosos y esponjosos con morfología y ecogenicidad normal, ni calcificaciones de la túnica albugínea

De igual forma, la existencia de anticoagulante lúpico positivo favorece la trombosis en enfermedades autoinmunes. En otros reportes los pacientes con anemia hemolítica autoinmune (AHA) presentan en alrededor del 30 % un anticoagulante lúpico (AL) positivo y los anticuerpos cardiolipinas (AACs) en el 57 %. La incidencia de tromboembolismo venoso fue del 27 % y la mayoría fueron anticoagulante lúpico (AL) positivo 63 % <sup>(10)</sup>.

Un diagnóstico diferencial asociado a la sintomatología presentada en el paciente es la trombosis de la vena cava inferior con reportes de cuadro inespecíficos, caracterizado por dolor, calambres en miembros inferiores, dolor abdominal y pelvis, acompañados con dolor escrotal <sup>(11)</sup>. Entendiendo la sintomatología en aquellos pacientes con eventos trombóticos a nivel abdominal. Por consiguiente, es de vital importancia el abordaje inmediato en pacientes con antecedentes o sospecha de Trombosis, a fin de que la detección temprana permita la disminución de la mortalidad.

## Conclusión

La enfermedad tromboembólica venosa en una causa importante de muerte cardiovascular. Es importante evaluar con mayor rigor los pacientes que presenten factores de riesgo, tales como edad, inmovilización, enfermedad tromboembólica venosa (ETE) previa, cirugías prolongadas, traumatismos, tabaquismo, obesidad, neoplasia, anticonceptivos orales, terapia de remplazo hormonal, trombofilias, viajes prolongados, accidentes cerebrovasculares, enfermedades cardiovasculares, diabetes *mellitus*, embarazo y puerperio. El diagnóstico se debe realizar mediante ecografía Doppler, con el objeto de detectar adecuadamente el compromiso y la extensión de la misma. Lo primordial ante cualquier paciente es la sospecha previa, que permita la evaluación y su abordaje de forma oportuna, para evitar complicaciones y desenlaces fatales en algunos casos.

## Agradecimientos

Agradecimiento a cada uno de los autores y la institución que permitieron la realización y ejecución de este reporte de caso; sin duda cada uno de sus aportes fue indispensable para lograr estructurar este trabajo.

## REFERENCIAS

- Mirpuri-Mirpuri PG, Álvarez-Cordovés MM, Pérez-Monje A. Enfermedad tromboembólica venosa: a propósito de un caso [Internet]. 2013 [Consultado el 15 de febrero de 2024];39(5):e15-9. doi: 10.1016/j.semarg.2012.07.001
- Keoupenova M, Kehrel BE, Corkrey HA, Freddman JE. Thrombosis and platelets: an update. *European Heart Journal* [Internet]. 2016 [Consultado el 15 de febrero de 2024];1-7. doi:10.1093/eurheartj/ehw550

- Morales M, Arboleda L, Bello A. Anticoagulación en enfermedad tromboembólica venosa. *Rev Chil Cardiol* [Internet]. 2019 [Consultado el 15 de febrero de 2024];38(2):122-131. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-85602019000200122>
- Sanchez CJ, Rodriguez D, Navarrete AM, Parra-Cantu C, Joya-Harrison J, Vasquez E, et al. Inferior vena cava filters in pulmonary embolism: A historic controversy. *Arch Cardiol Mex*. [Internet]. 2017 [Consultado el 24 de febrero de 2024];87(2):155-166. <http://dx.doi.org/10.1016/j.acmx.2017.01.007>
- Alvarez VM, Darraga MAS. Riesgo de enfermedad tromboembólica venosa en paciente no quirúrgicos. *Arch Hosp Calixto García* [Internet]. 2019 [Consultado el 12 de marzo de 2024];7(3):301-10. <https://revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/394>
- Robayna AA, Talavera JR, Martínez BB, Barroso JF, Valencia AC, Morales NO, et al. Deep vein Thrombosis: A rare cause of acute Testicular Pain. Case Report: Literature Review. *Urol Int*. [Internet]. 2018 [Consultado el 18 de marzo de 2024];101:117-120. doi: 10.1159/000486287
- Piera Carbonell A, García Lerín A, García Vallejo O, Frías Vargas M, Cabrera Ferriols MA. Trombosis y COVID-19: Atención Primaria clave en el abordaje interdisciplinar. *Semergen* [Internet]. 2020 [Consultado el 18 de marzo de 2024];46(1):93-94. doi: 10.1016/j.semarg.2020.06.002
- Tokuyama K, Kiuchi K, Nejima J, Takayama M, Takano T, Hayakawa H. Potential role of primary hypercoagulability and antiphospholipid antibody as a risk factor of acute pulmonary thromboembolism. *J Cardiol*. [Internet]. 1998 [Consultado el 18 de marzo de 2024];32(4):263-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9833233/>
- Lussana F, Dentali F, Ageno W, Kamphuisen PW. Venous thrombosis at unusual sites and the role of thrombophilia. *Semin Thromb Hemost*. [Internet]. 2007 [Consultado el 26 de marzo de 2024];33(6):582-7. doi: 10.1055/s-2007-985754
- Castillo González DC, Almagro Vázquez D, Díaz Concepción A. Anticoagulante lúpico en enfermedades autoinmunes. *Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoter* [Internet]. 2004 [Consultado el 26 de marzo de 2024];20(2). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-02892004000200007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-02892004000200007&lng=es)
- Alkhouli M, Morad M, Narins CR, Raza F, Bashir R. Inferior Vena Cava Thrombosis. *JACC Cardiovasc Interv*. [Internet]. 2016 [Consultado el 26 de marzo de 2024];9(7):629-43. doi: 10.1016/j.jcin.2015.12.268

### Contribución de los autores

**WRR:** diseño y elaboración del protocolo de investigación, recolección de los datos del paciente, discusión de la evolución, tratamiento del paciente y elaboración de manuscrito.

**SPDC:** diseño y elaboración del protocolo de investigación, recolección de los datos del paciente, discusión de la evolución, tratamiento del paciente y elaboración de manuscrito.

**GCP:** diseño y elaboración del protocolo de investigación, correcciones del manuscrito.

**SPV:** diseño y elaboración del protocolo de investigación, correcciones del manuscrito.

**NKJBP:** diseño y elaboración del protocolo de investigación, correcciones del manuscrito.

### Fuentes de financiamiento

La investigación fue realizada con recursos propios.

### Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés.