

REPORTE DE CASO

Trombosis venosa profunda femoropoplítea como hallazgo centinela de una probable neoplasia renal en un varón con infección reciente por chikungunya

Nara Priscila Campos¹, Zara Escobar Benítez¹

¹Carrera de Medicina, Facultad de la Universidad del Norte en Pedro Juan Caballero, Paraguay.

Enviado: 15 de diciembre de 2023

Aceptado: 14 de marzo de 2024

Publicado: 16 de abril de 2024

DOI: [10.5281/zenodo.21896657](https://doi.org/10.5281/zenodo.21896657)



Licencia Creative Commons Atribución 4.0
Internacional (CC-BY)

RESUMEN

Introducción: La trombosis venosa profunda es una manifestación frecuente de la enfermedad tromboembólica venosa, de etiología multifactorial, en la que la neoplasia oculta y las infecciones virales recientes son factores de riesgo reconocidos pero con frecuencia subestimados en la evaluación inicial. **Objetivo:** Describir un caso de trombosis venosa profunda femoropoplítea en un varón con antecedente reciente de infección por chikungunya, en quien el estudio protocolizado de causas secundarias reveló una imagen renal sugestiva de neoplasia. **Presentación del caso:** Se presenta el caso de un varón de 69 años con edema progresivo y cambio de coloración del miembro inferior derecho de 11 días de evolución, con dolor de inicio insidioso y agravamiento agudo en las últimas 24 horas, y con antecedente de infección por chikungunya 4 meses antes con artralgia persistente. La ecografía Doppler venosa confirmó una trombosis que comprometía las venas femoral común, femoral superficial, femoral profunda y la unión safeno-femoral, con la vena poplítea permeable. Los estudios de laboratorio mostraron anemia normocítica normocrómica y dímero D marcadamente elevado. Se inició anticoagulación con heparina de bajo peso molecular, posteriormente reemplazada por rivaroxabán. La tomografía computarizada de abdomen, solicitada como parte del proto-

Autor correspondiente: Zara Escobar Benítez. Carrera de Medicina, Facultad de la Universidad del Norte en Pedro Juan Caballero, Paraguay
Correo electrónico: zara.escobar.105@docentes.uninorte.edu.py

Financiación: Este artículo fue presentado para la Convocatoria 2023 del Programa de Iniciación Científica e Incentivo a la Investigación (PRICILA) de la Universidad del Norte (ARTI-23-047-PJC-MED). Los fondos para PRICILA fueron provistos por el Banco SUDAMERIS y el Rectorado de la Universidad del Norte.

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés financieros, personales, profesionales, institucionales ni de otra índole relacionados con este trabajo.

colo de estudio de causas secundarias de trombosis venosa profunda, evidenció una imagen hipodensa infiltrativa que ocupaba la fosa renal izquierda con destrucción del parénquima, hallazgo sugestivo de neoplasia renal. El paciente fue remitido a un centro oncológico de mayor complejidad para continuar el estudio diagnóstico y el tratamiento correspondiente.

Conclusiones: Este caso ilustra el valor del estudio protocolizado de causas secundarias en la trombosis venosa profunda no provocada o con factores de riesgo insuficientes para explicarla por completo, y refuerza la trombosis venosa como posible manifestación centinela de una neoplasia oculta.

Palabras clave: trombosis venosa profunda, neoplasias renales, infecciones por chikungunya, anticoagulantes, síndrome de Trousseau, reporte de caso

INTRODUCCIÓN

La enfermedad tromboembólica venosa se produce por la formación de un trombo en el interior de una vena, y engloba la trombosis venosa profunda, la trombosis venosa superficial y sus complicaciones. Es más frecuente en varones que en mujeres, con una incidencia estimada de 1 a 2 casos por cada 1000 personas al año, que se duplica aproximadamente cada década de vida; pese al tratamiento adecuado, hasta un 8 % de los pacientes presentará embolia pulmonar. La trombosis venosa profunda de los miembros pélvicos tiene una frecuencia hasta diez veces mayor que la de los miembros superiores, y afecta con mayor frecuencia las venas femorales, poplíteas e ilíacas (1,2).

Su etiología es multifactorial, con factores adquiridos y hereditarios que incluyen edad mayor de 60 años, enfermedad neoplásica, inmovilización prolongada, traumatismo del miembro, obesidad, embarazo y puerperio, cirugía previa, infecciones, uso de anticonceptivos con estrógenos, insuficiencia cardíaca, enfermedad inflamatoria intestinal y estados de hipercoagulabilidad o trombofilia (1,2).

Entre las infecciones asociadas a un mayor riesgo trombotico, la infección por el virus chikungunya ha sido reconocida de forma creciente como un factor asociado tanto a trombosis venosa profunda como a otras complicaciones vasculares, incluidos el linfedema secundario de los miembros y la enfermedad de Mondor, en series de casos publicadas en países endémicos (3-6). Esta asociación se explica, al menos en parte, por la combinación de un estado protrombotico inducido por la respuesta inflamatoria viral sistémica y la inmovilización

relativa secundaria a la poliartralgia persistente que caracteriza a la infección, un patrón consistente con lo descrito de forma más general para otras infecciones virales asociadas a tromboembolismo venoso (7).

Por otro lado, la neoplasia oculta constituye una de las causas secundarias de trombosis venosa profunda con mayor relevancia clínica, dado que la trombosis puede constituir la primera manifestación de un cáncer aún no diagnosticado, y su reconocimiento oportuno mediante el estudio protocolizado de causas secundarias puede adelantar significativamente el diagnóstico oncológico (8). Se presenta el caso de un varón de edad avanzada con trombosis venosa profunda femoropoplíteas, antecedente reciente de infección por chikungunya y un hallazgo tomográfico incidental sugestivo de neoplasia renal, con el objetivo de ilustrar el valor del estudio sistemático de causas secundarias ante una trombosis con múltiples factores de riesgo concurrentes.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se describe el caso de un varón de 69 años con un cuadro en el miembro inferior derecho de 11 días de evolución, iniciado con edema de instauración lenta que ascendió progresivamente desde el pie hasta el muslo. A las 24 horas del inicio se agregó un cambio de coloración a eritemato-violácea. El dolor comenzó 3 días antes de la consulta, de forma lenta, progresiva y continua, localizado en la cara medial del muslo derecho con irradiación a la pierna y el pie, de tipo urente, con intensidad inicial de 4 sobre 10, que empeoraba al caminar y durante la noche y mejoraba en reposo, y que generaba impotencia funcional del miembro. En las 24 horas previas a la consulta, el dolor se agravó de forma aguda hasta una

intensidad de 7 sobre 10, con aparición de telangiectasias en las regiones posterolateral y anterolateral del muslo. El paciente negaba disnea u otros síntomas sistémicos.

Como antecedente personal relevante, refería una infección por chikungunya 4 meses antes, con artralgia persistente hasta el momento de la consulta. Negaba hipertensión arterial, diabetes mellitus, cirugías previas, alergias y hábitos tóxicos, y refería una pérdida de peso de 5 kg en los últimos 4 meses sin cambios en su dieta habitual.

Al examen físico, el paciente se encontraba lúcido, colaborador y orientado, con asimetría de los miembros inferiores por edema del miembro afectado e impotencia funcional en la marcha. En el miembro inferior derecho se observó edema desde el pie hasta la rodilla, coloración eritemato-violácea, telangiectasias en las regiones posterolateral y anterolateral del muslo, pulsos pedio y poplíteo presentes, pulso tibial posterior filiforme, aumento local de la temperatura, edema con fovea (Godet 3/4), dolor a la palpación del tercio inferior de la cara anteromedial del muslo, signo de Homans positivo, movilidad activa y pasiva disminuidas, y marcha antálgica.

La ecografía Doppler venosa del miembro inferior derecho mostró las venas femoral común, femoral superficial y femoral profunda dilatadas, no colapsables, con la luz ocupada por material de predominio hipoecoico y sin respuesta a la compresión distal, hallazgos compatibles con trombosis. La vena poplíteica presentaba paredes finas, era colapsable y mostraba flujo fásico espontáneo con adecuada respuesta a la compresión distal, sin evidencia de trombosis. La vena safena interna mostraba trombosis de la unión safeno-femoral, mientras que la vena safena menor era visible, con flujo fásico sin defectos de llenado y válvulas competentes. Con estos hallazgos se confirmó el diagnóstico de trombosis venosa profunda femoropoplíteica del miembro inferior derecho.

Al aplicar la escala de Wells para estimar la probabilidad pretest de trombosis venosa profunda, el paciente obtuvo una puntuación de 2, correspondiente a probabilidad moderada (1,2). Los estudios de laboratorio iniciales mostraron anemia normocítica normocrómica (hemoglobina 9,2 g/dl, hematocrito 29 %, volumen corpuscular medio 84 fL, hemoglobina corpuscular media 27 pg), función renal con urea de 41 mg/dl y creatinina de 1,73 mg/dl, y un dímero D cuantitativo mayor a 5000 ng/mL.

Se inició tratamiento con reposo en cama, elevación del miembro afectado, medias de compresión, heparina de bajo peso molecular subcutánea (60 mg cada 12 horas) y diosmina oral (600 mg cada 12 horas). En el tercer día de internación, con el paciente hemodinámicamente estable y en buen estado general, se suspendió la heparina de bajo peso molecular y se inició rivaroxabán oral (15 mg cada 12 horas); el control de laboratorio en ese momento mostró hemoglobina de 9,2 g/dl, hematocrito de 29 %, urea de 35 mg/dl y creatinina de 1,80 mg/dl.

En el quinto día de internación se solicitó una tomografía computarizada simple de abdomen, sin contraste, como parte del protocolo de estudio de causas secundarias de trombosis venosa profunda. El estudio evidenció una imagen hipodensa, de densidad mixta, mal delimitada e infiltrativa, que ocupaba casi la totalidad de la fosa renal izquierda, con destrucción del parénquima renal y compromiso de los vasos y de la pelvis renal, hallazgo sugestivo de una probable neoplasia renal. En el sexto día de internación, el servicio de oncología clínica evaluó los estudios de imagen y el cuadro clínico del paciente, y decidió su traslado a un centro oncológico de mayor complejidad para continuar el diagnóstico y el tratamiento.

DISCUSIÓN

Este caso ilustra una presentación clínica característica de trombosis venosa profunda —edema unilateral, cambio de coloración, aumento de temperatura local y dolor a la dorsiflexión— en un paciente con múltiples factores de riesgo concurrentes: edad avanzada, inmovilización relativa secundaria a poliartalgia por una infección reciente de chikungunya, y una neoplasia renal probable identificada durante el estudio de causas secundarias (1,2).

La infección por chikungunya como factor de riesgo trombotico, aunque menos reconocida que otras causas clásicas, cuenta con evidencia creciente en la literatura, incluidas series que documentan trombosis venosa profunda, linfedema secundario de los miembros y enfermedad de Mondor asociados a esta infección, con un mecanismo plausible que combina el estado protrombotico secundario a la inflamación sistémica viral con la inmovilización derivada del dolor articular persistente (3-6). En este paciente, la artralgia persistente durante los 4 meses posteriores a la infección es consistente con este mecanismo de inmovilización relativa prolongada, un factor de riesgo que puede pasar inadvertido si no se

indaga específicamente el antecedente infeccioso durante la anamnesis.

La anemia normocítica normocrómica sin causa aparente y la pérdida de peso no intencional documentadas en este paciente, sumadas a la ausencia de otros factores de riesgo trombotico clásicos suficientes para explicar por completo el cuadro, motivaron adecuadamente la búsqueda de causas secundarias mediante estudio de imagen abdominal. El hallazgo de una lesión renal infiltrativa extensa es consistente con el reconocimiento cada vez más documentado de la trombosis venosa como manifestación paraneoplásica o como hallazgo centinela de una neoplasia oculta, un fenómeno descrito de forma amplia en el espectro de la trombosis asociada a cáncer, incluido el síndrome de Trousseau (8,9,10). Casos similares en la literatura reciente —trombosis de miembros que condujeron al diagnóstico de neoplasias previamente insospechadas, como carcinoma colorrectal o carcinoma ductal de mama— refuerzan que la trombosis venosa profunda sin una causa evidente en pacientes de edad avanzada debe motivar sistemáticamente la búsqueda activa de una neoplasia subyacente (8,11).

Desde el punto de vista diagnóstico, la aplicación de la escala de Wells con probabilidad pretest moderada y un dímero D marcadamente elevado orientaron adecuadamente hacia la confirmación mediante ecografía Doppler venosa, en línea con el algoritmo diagnóstico habitual, en el que el dímero D dentro de rangos normales tiene un alto valor predictivo negativo para excluir trombosis venosa profunda, mientras que su elevación —como ocurrió en este caso— no es diagnóstica por sí sola y requiere confirmación por imagen (1,12,13).

El manejo terapéutico inicial con heparina de bajo peso molecular, seguido del cambio a rivaroxabán, es concordante con el estándar de manejo de la trombosis venosa profunda, y resulta particularmente pertinente en el contexto de una probable neoplasia subyacente, dado que los anticoagulantes orales de acción directa han demostrado eficacia y seguridad comparables a la heparina de bajo peso molecular en el tratamiento de la trombosis asociada a cáncer, con esquemas de dosis que pueden ajustarse durante la fase de mantenimiento según el riesgo hemorrágico individual (14,15).

Este reporte tiene las limitaciones inherentes a la descripción de un caso único, y en particular la pérdida del seguimiento del paciente tras su traslado a un centro de mayor complejidad, lo que impide conocer la confirmación histopatológica de la neoplasia renal, el estadio

oncológico definitivo y la evolución posterior del cuadro trombotico. En conclusión, este caso subraya la importancia de mantener un alto índice de sospecha de causas secundarias ante una trombosis venosa profunda con anemia inexplicada y pérdida de peso concomitantes, incluso cuando existan otros factores de riesgo aparentemente suficientes como la edad avanzada o una infección viral reciente, dado que la trombosis venosa puede constituir la manifestación centinela de una neoplasia oculta cuyo diagnóstico oportuno es determinante para el pronóstico del paciente.

REFERENCIAS

1. Rozman C, Cardellach López F, von Domarus A, Farreras Valentí P, et al. Medicina interna. Barcelona: Elsevier; 2020.
2. Kasper DL, et al. Harrison, principios de medicina interna. 19.ª ed. Vol. 2. Ciudad de México: McGraw-Hill Education; 2016.
3. Marques MA, Adami de Sá FP, Lupi O, Brasil P, von Ristow A. Trombose venosa profunda e vírus chikungunya. J Vasc Bras. 2017;16(1):60-62. <https://doi.org/10.1590/1677-5449.009616>
4. Bartholomeeusen K, Daniel M, LaBeaud DA, Gasque P, Peeling RW, Stephenson KE, et al. Chikungunya fever. Nat Rev Dis Primers. 2023;9:17. <https://doi.org/10.1038/s41572-023-00429-2>
5. Marques MA, Milhomens ALM, Vieira JM, Cardoso FR, Guedes HJ. Secondary lymphedema of limbs and chikungunya fever. J Vasc Bras. 2019;18:e20180117. <https://doi.org/10.1590/1677-5449.190015>
6. Djebara S, Henckaerts L, Vanbrabant P. Bilateral Mondor's disease in chikungunya virus infection. Oxf Med Case Reports. 2020;2020(8):omaa065. <https://doi.org/10.1093/omcr/omaa065>
7. Zerangian N, Erabi G, Poudineh M, Monajjem K, Diyanati M, Khanlari M, et al. Venous thromboembolism in viral diseases: a comprehensive literature review. Health Sci Rep. 2023;6(2):e1085. <https://doi.org/10.1002/hsr2.1085>
8. Brooks J, Mohamed OAE, Miao JH, Megahed H, Hamimi A. When Cancer Clots: An Extensive Radiologic Analysis of Cancer-Associated Thromboembolism. Cancers (Basel). 2026;18(11):1732. <https://doi.org/10.3390/cancers18111732>
9. Ahsan MT, Azreen S. When strokes reveal a hidden malignancy: an atypical case of metastatic colorectal cancer with extensive thromboembolism. Oncoscience. 2025;12:[en prensa]. <https://doi.org/10.18632/oncoscience.626>
10. Cosco L, Padeletti M, Sorrentino A, Milli M, Marcucci R. Trousseau's Syndrome and Marantic Endocarditis in a Patient with Pulmonary Adenocarcinoma: A Case

- Report and a Brief Review of the Literature. Reports. 2025;8(4):215. <https://doi.org/10.3390/reports8040215>
11. Chiorescu S, Oiegar R, Mocan M, Trif M, Ciocan RA, Chiorescu RM. Case Report: Upper extremity deep vein thrombosis revealing an occult invasive ductal breast carcinoma. Front Cardiovasc Med. 2026;13:1742549. <https://doi.org/10.3389/fcvm.2026.1742549>
 12. Stein M, Kaplovitch E, Marwaha S. Five things to know about ... D-dimer testing in clinical practice. CMAJ. 2026. <https://doi.org/10.1503/cmaj.251356>
 13. Lippi G, Mullier F, Favalaro EJ. Hemostasis assessment in patients suspected of venous thrombosis and pulmonary embolism in emergency setting: challenges for clinicians. Pol Arch Intern Med. 2026. <https://doi.org/10.20452/pamw.17263>
 14. Kang W, Lam BPY, Lau RTL, Li STH, Wu K, Wei Y, et al. Safety and Effectiveness of Direct Oral Anticoagulants Versus Low-Molecular-Weight Heparin for Cancer-Associated Thrombosis: A Systematic Review and Meta-analysis. Drug Saf. 2026. <https://doi.org/10.1007/s40264-026-01684-4>
 15. Matos UMA, Dan Itaya E, Froelich Meldola P, Luiz Lage Bodour Danielian P, Kumar S, Vankina R. Efficacy and safety of low-dose versus standard-dose direct oral anticoagulants for secondary prevention of cancer-associated thrombosis: a systematic review and meta-analysis. Proc (Bayl Univ Med Cent). 2026. <https://doi.org/10.1080/08998280.2026.2662102>