

Diagnóstico precoz de trombosis venosa profunda en pacientes internados

Early diagnosis of deep vein thrombosis in hospitalized patients

Guillermo Ferrer-Reyes¹ y Yale Tung-Chen^{2,3*}

¹Servicio de Hematología y Hemoterapia, Hospital Universitario La Paz; ²Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario La Paz; ³Departamento de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid. Madrid, España

Estimado Editor:

Hemos leído con gran interés el artículo *Diagnóstico precoz de trombosis venosa profunda en pacientes internados*¹ y quisiéramos agradecer a los autores por poner en valor el uso de la ecografía en el diagnóstico de la trombosis venosa profunda (TVP) cuando esta es asintomática, especialmente en los pacientes con factores de riesgo como una enfermedad oncológica activa. Diagnosticar la TVP asintomática en los pacientes con cáncer puede ser crucial en su pronóstico, teniendo en cuenta que la trombosis se considera la segunda causa de muerte después del propio tumor².

Dicho esto, nos gustaría aportar algunos comentarios. Primero, quisiéramos destacar el reto que supone la realización de la ecografía considerando la variabilidad entre observadores, y más cuando los facultativos encargados del diagnóstico pueden ser desde radiólogos hasta clínicos como generalistas u oncólogos. Esto hace necesaria la instauración de protocolos bien establecidos de los puntos que se van a explorar durante la prueba y la correcta caracterización de los hallazgos³. En segundo lugar, estamos de acuerdo con los autores en el cribado de la TVP a los pacientes que llevan ingresados entre 7 y 15 días, e incluso, revisando la literatura, en los pacientes con cáncer serían de utilidad las ecografías seriadas cada 4 semanas durante un máximo de 12 semanas⁴. En este sentido, recientemente se ha publicado un estudio observacional prospectivo

multicéntrico (AURELIO) de ocho centros afiliados al Grupo de Estudio de Ecografía de la Sociedad Italiana de Medicina Interna sobre el cribado a las 48 horas de ingreso en pacientes con factores de riesgo, tales como neoplasia maligna activa o neumonía⁵.

En cualquier caso, queremos felicitar a los autores por la metodología de su trabajo y por el esfuerzo de estudiar a 204 pacientes con al menos 7 días de ingreso y desde áreas tan diversas como la planta de hospitalización, la unidad coronaria y la unidad de cuidados intensivos.

Por último, consideramos relevante discutir la necesidad o no de tratar la TVP, especialmente en su forma asintomática. Si bien la anticoagulación aumenta de manera significativa el riesgo de hemorragia grave, en el estudio de Borello et al.¹ no se observaron complicaciones asociadas al tratamiento en el momento de la recogida de datos. En esa misma línea, en otro estudio similar en pacientes con cáncer activo se realizó un análisis por factores de riesgo, en el que se observó que un tratamiento prolongado podría resultar beneficioso al reducir la incidencia de tromboembolia sintomática⁶.

El trabajo de Borello et al.¹ sugiere que la TVP asintomática en pacientes con factores de riesgo relevantes podría ser una afección a tener en cuenta para el cribado y el diagnóstico mediante ecografía en las plantas de hospitalización, así como para valorar su tratamiento con anticoagulación.

***Correspondencia:**

Yale Tung-Chen

E-mail: yale.tung@salud.madrid.org

0036-4355 / © 2025 Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia. Publicado por Permanyer. Éste es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Fecha de recepción: 25-09-2025

Fecha de aceptación: 24-11-2025

DOI: 10.24875/SANGRE.25000037

Disponible en internet: 17-02-2026

Sangre. 2026;45(1):37-38

www.revistasangre.com

Financiamiento

Ninguno.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Consideraciones éticas

Protección de personas y animales. No aplica (investigación sin experimentación).

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. El estudio no involucra datos personales, historias clínicas ni muestras biológicas humanas, por lo que no requiere aprobación ética. No se aplican las guías SAGER.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial (IA). Los autores declaran que no se utilizó ningún tipo

de inteligencia artificial generativa para la redacción ni la creación de contenido de este manuscrito.

Referencias

1. Borello N, Ruis V, Ferro C, Ortiz R. Diagnóstico precoz de trombosis venosa profunda en pacientes internados. *Rev Sangre*. 2025;44:17206.
2. Soff GA. Cancer-associated thrombosis: management of a patient with an isolated calf deep vein thrombosis. *J Clin Oncol*. 2024;42:494-9.
3. Needleman L, Cronan JJ, Lilly MP, Merli GJ, Adhikari S, Hertzberg BS, et al. Ultrasound for lower extremity deep venous thrombosis: multidisciplinary recommendations from the Society of Radiologists in Ultrasound Consensus Conference. *Circulation*. 2018;137:1505-15.
4. Loftus JR, Hu Z, Morin BR, Hobbs SK, Francis CW, Khorana AA, et al. Vascular imaging in the asymptomatic high-risk cancer population: a role for thrombosis screening and therapy management. *J Ultrasound Med*. 2022;41:225-36.
5. Loffredo L, Maggio E, Magna A, Vidili G, Sciacqua A, Cogliati C, et al. Predictors, incidence, and proximal extension rate of distal deep vein thrombosis in internal medicine wards: insights from the AURELIO study. *Thromb Haemost*. 2025 May 16. doi: 10.1055/a-2595-5458. Online ahead of print.
6. Yamashita Y, Shiomi H, Morimoto T, Yoneda T, Yamada C, Makiyama T, et al. Asymptomatic lower extremity deep vein thrombosis — clinical characteristics, management strategies, and long-term outcomes. *Circ J*. 2017;81:1936-44.