



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

160/611 - Edema unilateral agudo de miembro inferior. El oficio de la medicina

A. Hidalgo Rodríguez^a, C.A. Figvani Molina^b, C. Rivilla Doce^c, M.M. Leal Lobato^d y R. Ávila Moreno^e

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Cartuja. Zona Norte I. Granada. ^bMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Chana. Granada. ^cMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Chana. Granada. ^dMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almanjáyar. Granada. ^eMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Cartuja. Zona Norte I. Granada.

Resumen

Descripción del caso: Trabajando en un Servicio de Urgencias, acudió a mi consulta A.G.C., un varón de 73 años sin antecedentes importantes de interés, con muy buena calidad de vida previa, por dolor y aumento de diámetro del miembro inferior izquierdo de 24 horas de evolución.

Exploración y pruebas complementarias: A.G.C. contaba durante la anamnesis que su pierna había aumentado de tamaño de forma gradual, sin causa aparente alguna. En la exploración se observó importante edematización de la pierna y del muslo izquierdo sin fovea o signos de trombosis venosa profunda asociados, siendo el resto de la exploración completamente normal. Con el fin de descartar patología urgente, se solicitó una analítica general con dímero D, mostrando una función renal ligeramente alterada con creatinina de 1,9 mg/dL (asociándose a patología renal crónica no conocida), y un DD de 0,56 µg/mL que motivó la realización de una ecografía doppler en región femoropoplítea izquierda, descartando trombosis venosa. A.G.C. fue dado de alta con vendaje y antiinflamatorios, volviendo a consultar de nuevo 24 horas después, por oliguria. En esta segunda visita revaluamos al paciente sin apreciar cambios respecto a la exploración realizada anteriormente. Sospechando patología urológica realizamos sondaje vesical (sin obtener orina) y analítica de control (que mostró una creatinina de 3'7 mg/dl). En este momento, solicitamos ecografía abdominal presagiando uropatía obstructiva (visualizando dilatación de pelvis renal de 24 mm) y ampliamos el estudio con TC abdominal (apreciando múltiples lesiones sólidas que comprimían uréter y vasos ilíacos izquierdos sugerentes de proceso linfoproliferativo). Tras informar a A.G.C y a su familia, fue ingresado con muy buen estado general para completar estudio y realizar una nefrostomía de descarga. Lamentablemente, falleció una semana después por complicación infecciosa de dicha técnica.

Juicio clínico: Linfoma B difuso de células grandes abdominal.

Diagnóstico diferencial: Trombosis venosa profunda, celulitis, isquemia arterial aguda, tumor pélvico, linfedema, rhabdomiolisis, insuficiencia venosa.

Comentario final: Es conocido que la incertidumbre ha formado siempre parte de nuestra profesión y que no es posible ignorarla o deshacernos de ella. Este caso clínico nos invita a

reflexionar sobre este factor, tanto en el ámbito diagnóstico como en el de la evolución de nuestros pacientes ante determinadas decisiones terapéuticas. El oficio de la medicina nos sitúa ante la perplejidad o rotundez de la enfermedad y en algunas ocasiones ante la imprevisible, cercana e inevitable muerte. El hacer de nuestro oficio requiere formación, habilidad y competencia ante la vulnerabilidad que deriva de todos estos aspectos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ely JW, Osheroff JA, Chambliss ML, Ebell MH, John W, Jerome A, et al. Approach to leg edema of unclear etiology. *J Am Board Fam Med.* 2006;19:148-60.
2. Merli GJ, Spandorfer J. The outpatient with unilateral leg swelling. *Med Clin North Am.* 1995;79:435-47.
3. Loayssa Lara JR., Tandeter H. Incertidumbre y la toma de decisiones clínicas. *Aten Primaria.* 2001;28(8):560-4.