



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/627 - CUANDO LO EVIDENTE SE HACE ESPERAR

I. Adanero Calvo^a, L. Bustos Guillén^a, H. Martínez Faya^b y J. Jurío Burgui^c

^aMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ermitagaña. Navarra. ^bMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ermitagaña. Navarra. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Ermitagaña. Navarra.

Resumen

Descripción del caso: Paciente 54 años acude por dolor intenso en pierna izquierda de 24h evolución. Inicio de madrugada, tras caminata en nieve el día previo. En urgencias se descartó fractura y trombosis venosa profunda (TVP). Inmovilizado con férula posterior, tratamiento enoxaparina 60 mg subcutáneo/24h, paracetamol 1 g e ibuprofeno 600 mg/8h. Antecedente: crisis gotosa en tobillo derecho

Exploración y pruebas complementarias: Inflamación tobillo, calor y eritema dolor presión y en tercio inferior pierna. Homans negativo. Movilidad flexoextensora disminuida por dolor.

Orientación diagnóstica: Descartada TVP. Sospecha inicial: artritis traumática versus artritis gotosa, pautándose prednisona 30 mg/24h, omeprazol 20 mg/24 h y metamizol 2 cápsulas/8h. Se administró ketorolaco intramuscular. 2h después, urgencias al no ceder el dolor. Se confirma, con hallazgos exploratorios y pruebas realizadas el juicio clínico inicial: dolor por posible crisis gotosa. Añade: dexketoprofeno 25 mg/8h. 72h después, mejora la inflamación, persiste eritema y dolor. Sospecha probable celulitis se inicia amoxicilina/clavulánico plus 2 comprimidos/12h. 24h después: menor inflamación y dolor. No puede mover los dedos ni dorsiflexión del tobillo. Derivación urgencias sospecha compresión neurológica. Ecografía: aumento volumen paquete muscular y tejido subcutáneo. Presión intracompartimental: 80-90 compartimento externo, 16 compartimento interno. Juicio clínico: síndrome compartimental izquierdo. Ingresa fasciotomía compartimento anterior.

Diagnóstico diferencial: Fractura ósea por estrés, rotura muscular, tendinitis por sobrecarga, artritis gotosa, celulitis, TVP.

Comentario final: El síndrome compartimental se produce cuando aumenta la presión dentro de un compartimento y compromete la circulación y la función de los tejidos dentro de ese espacio. Lugares comunes: pierna y antebrazo. Por repercusiones es urgencia médica. Diagnóstico clínico (dolor aparece en pocas horas, incrementa con extensión pasiva músculos afectados) aconsejable realizar mediciones de presión compartimental como complemento al diagnóstico clínico.

Bibliografía

1. Matsen FA 3rd, Krugmire RB Jr. Compartmental syndromes. Surg Gynecol Obstet.

- 1978;147:943.
2. Elliott KG, Johnstone AJ. Diagnosing acute compartment syndrome. *J Bone Joint Surg Br.* 2003;85:625.
 3. Peters CL, Scott SM. Compartment syndrome in the forearm following fractures of the radial head or neck in children. *J Bone Joint Surg Am.* 1995;77:1070.
 4. Falcón González JC, Navarro García R, Ruiz Caballero JA, et al. Fisiopatología, Etiología y Tratamiento del Síndrome Compartimental (revisión). *Canarias Médica y Quirúrgica.* 2009;7(20).
 5. Tiwari A, Myint F, Hamilton G. Compartment syndrome. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2002;24:469.

Palabras clave: Dolor. Compartimento. Presión.