



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

424/3869 - DOCTOR, ME DUELE LA PIERNA Y ESTÁ INFLAMADA. ¿QUÉ ME PASA?

E. Gallego Gallego¹, A. Nuñez Sánchez² y G. Castillo Calvo¹

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Merced. Cádiz. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC La Laguna. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 73 años que consulta en Atención Primaria por dolor, impotencia funcional y edema de miembro inferior derecho de varios días de evolución sin asociar disnea ni dolor torácico. Antecedentes personales: Hipertensión arterial, no diabetes mellitus, no dislipemia, en estudio de trombofilia por Medicina Interna tras tromboembolismo pulmonar en arterias lobares y segmentarias del lóbulo inferior izquierdo tras cirugía de rodilla, síndrome de apnea obstructiva del sueño, hiperplasia benigna de próstata; sin otras enfermedades de interés, ni hábitos tóxicos. Niega traumatismo ni sobreesfuerzo. Tratamiento habitual: enoxaparina 100 mg cada 24 horas, tramadol 50 mg cada 12 horas, tamsulosina 400 mcg/solifenacina 6 mg cada 24 horas.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. Eupneico en reposo. Afebril. TA 133/82 mmHg. FC 90 lpm. Sat O₂ basal 99%. Auscultación cardiopulmonar con tonos rítmicos sin soplos y murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. MMII: presenta MID con empastamiento y aumento del perímetro en tercio medio, sin aumento de la temperatura, con dolor a la palpación de hueso poplíteo con sensibilidad conservada y pulsos poplíteo, pedio y tibial posterior presentes; Hoffman positivo. ECG: ritmo sinusal a 70 lpm, sin alteración agudas de la repolarización. Analítica: Hb 10,9; leucocitos 14.680/μL; plaquetas 257.000/μL; urea 53 mg/dL; creatinina 1 mg/dL; PCR 9,8 mg/L; INR 1,02; TP 97%; TPTA 27 seg; dímero D 255 ng/ml. Ecografía Doppler: colección en región poplíteo con ecogenicidad heterogénea con septos, condiciona compresión de vena y arteria permeables, edema del tejido celular subcutáneo en región poplíteo con posibilidad diagnóstica de quiste de Baker con signos de sangrado.

Orientación diagnóstica: Quiste de Baker complicado.

Diagnóstico diferencial: TVP. Anomalías vasculares. Tumoraciones. Desgarro fibrilar.

Comentario final: El quiste de Baker se presenta con dolor y tumefacción local, rigidez. Masa que disminuye su consistencia al flexionar la rodilla. Puede existir derrame articular asociado. El signo de Homans es positivo. El diagnóstico en Atención Primaria se basa en la sospecha clínica y se confirma con técnica de imagen.

Bibliografía

1. de Miguel E, Cobo T, Martín-Mola E. Quiste de Baker: prevalencia y enfermedades asociadas. Rev Española Reumatol. 2004;31(10):538-42.

Palabras clave: Quiste. Doppler.