



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/1327 - ROTURA QUISTE DE BAKER. DOCTORA, CREO QUE TENGO UN TROMBO

V. Terán Díez^a, C. Guerra García^b, R. Vayas Abascal^c y L. Carrera Romero^d

^aMédico de Familia. Centro Salud Campó-Los Valles. Cantabria. ^bMédico de Familia. SEM 061. Cantabria. ^cMédico de Familia. Centro de Salud la Barrera. Cantabria. ^dEnfermero. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 78 años con antecedentes personales de hipertensión arterial en tratamiento con amilorida-hidroclorotiazida 5/50 mg y epilepsia en tratamiento con lamotrigina 100 mg que acude a consulta por cuadro de siete días de evolución por dolor, tumefacción, y dificultad para la deambulación a nivel de la pierna derecha, sin mejoría tras tres días a tratamiento con ibuprofeno 600 mg.

Exploración y pruebas complementarias: Temperatura 35,8 °C. Tensión arterial 150/95 mmHg. FC 83 lpm. Saturación 94%. Aumento del perímetro de extremidad inferior, con empastamiento, signo de Homans positivo, dolor en hueso poplíteo y varices en ambas extremidades. Bioquímica general; glucosa 90 mg/dl, urea 42 mg/dl, K 3,9 mEq/L, Na 140 mEq/L, Cr 0,89 mg/dl. Coagulación; dímero D 800, ratio de APTT 0,82. Eco Doppler de miembros inferiores; sistema venoso profundo del EID permeable, sin signos de TVP en territorio femoropoplíteo. Quiste de Baker de 4 cm de eje longitudinal, con colecciones fusiformes en partes blandas de región caudal superficial al músculo gemelo interno y conectadas entre sí en una extensión longitudinal aproximada de 3,6 cm y con unos diámetros transversos y anteroposteriores máximos de 2,2 y 0,8 cm respectivamente.

Orientación diagnóstica: Trombosis venosa profunda, rotura quiste de Baker.

Diagnóstico diferencial: Trombosis venosa profunda, tromboflebitis, celulitis, rotura quiste Baker.

Comentario final: La consulta por dolor, edemas y aumento del perímetro de las extremidades inferiores es muy frecuente en Atención Primaria, sobre todo en pacientes de edad avanzada. Muchas veces es difícil diferenciar entre las piernas edematizadas de origen cardíaco, renal, secundarias a procesos trombóticos venosos u a otros procesos musculoesqueléticos y reumatológicos, como es el caso que nos ocupa. Debido a su mayor incidencia y prevalencia la primera opción diagnóstica a descartar debe ser la enfermedad tromboembólica periférica y no el quiste de Baker, aunque en nuestro caso, el diagnóstico radiológico confirmó el quiste poplíteo y descartó la patología vascular.

Bibliografía

1. Cobo T, et al. Quiste de Baker: prevalencia y enfermedades asociadas. Revista Española de Reumatología. 2004;31(10):538-42.
2. Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, et al, eds. Harrison Principios de Medicina Interna, 18ª ed. México: McGraw-Hill; 2012.

Palabras clave: Quiste poplíteo. Trombosis venosa. Celulitis.