

347/4514 - BURSITIS SUPRAROTULIANA. PRESENTACIÓN ATÍPICA DE LA GOTA

E. Paños Maturana^a, P. Agüera Moreno^b, J. Ignacio Expósito^c y A. Almagro Duque^a

^aMédico de Familia. Centro de Salud La Laguna. Cádiz. ^bCentro de Salud La Laguna. Cádiz. ^cMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Laguna. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 55 años con antecedentes de hipertensión y hiperuricemia en tratamiento con allopurinol desde hace 8 años que acude a consulta por presentar tumoración dolorosa suprarrotuliana derecha de 3 meses de evolución, que ha empeorado en las últimas 2 semanas y que no mejora con su analgesia habitual. No ha presentado fiebre ni refiere traumatismo, aunque si recuerda un "crujido" en esa rodilla mientras montaba en bicicleta.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración observamos tumoración de consistencia blanda en el tercio distal del fémur derecho a unos 10 cm de la porción superior de la rotula. La zona no presenta signos inflamatorios. Movilidad de la rodilla limitada por dolor. Cajones y maniobras meniscales negativas, exploración de ligamentos normal. No peloteo. Realizamos ecografía en consulta observando una zona anecogénica homogénea con una columna mayor de 17mm y aunque no podemos medirla en su totalidad, al menos 5 cm en sentido longitudinal. por la localización, parece corresponderse con la bursa suprarrotuliana. Realizamos punción ecoguiada drenando 60 cc de líquido ambarino con cierta viscosidad, enviando muestra para bioquímica, cultivo y citología, siendo estos dos últimos negativos. En la bioquímica, ácido úrico 7,4 mg/dL y abundantes cristales de urato monosódico bajo el microscopio. Rehistoriando al paciente nos comenta que por su cuenta dejó de tomar el allopurinol hace 3 meses (unos días antes del inicio de la clínica) y que al estar con molestias lo reintrodujo hace 2 semanas, coincidiendo con el empeoramiento. Una semana después se realiza de nuevo drenaje de líquido e infiltración con 40 mg de triamcinolona y se pone vendaje compresivo. Se derivó a Reumatología.

Orientación diagnóstica: Bursitis suprarrotuliana por cristales de ácido úrico.

Diagnóstico diferencial: Bursitis postraumática o infecciosa, derrame articular, lesiones quísticas, tumores.

Comentario final: Este caso nos pone de manifiesto una vez más la utilidad de la ecografía en atención primaria, ya que el paciente presentaba una presentación atípica de la gota que de otra manera (Rx convencional, analítica dentro de la normalidad) nos hubiera sido más difícil diagnosticar y tratar.

Bibliografía

1. Bargiela A. Utilidad de la ecografía en el estudio de la enfermedad sinovial. Radiol. 2010;52:301-10.

Palabras clave: Bursitis. Gota. Ecografía.