

424/2366 - LA IMPORTANCIA DE UN ABANICO DIFERENCIAL

C. Granja Ortega¹, R. López Gil², I. Rivera Panizo¹ y L. de la Cal Caballero³

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bezana. Cantabria. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cazoña. Cantabria. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Morante. Santander. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 45 años asmático y consumidor de cocaína y 20 cigarrillos/día, que acude a Urgencias por dolor, enrojecimiento e inflamación de miembro inferior izquierdo de 10 días de evolución. Según refiere cuando comenzó con esta clínica su MAP (de otra CCAA) pautó un antibiótico del que no recuerda el nombre. Comenta que desde que bajó del avión al venir de la otra comunidad en la que reside, ha permanecido en la cama casi todo el tiempo, realizando escasas movilizaciones de apenas unos metros al día. Además, por su cuenta, ha estado empleando de forma continua una rodillera elástica compresiva.

Exploración y pruebas complementarias: Taquipneico a 30 rpm, rubor facial. Obeso. SatO2: 87%. Tórax: AP: sibilantes dispersos, crepitantes en base izquierda. Miembro inferior izquierdo: calor, rubor y empastamiento hasta rodilla con aumento de perímetro con respecto a contralateral, pulsos pedios difíciles de tomar, femoral presente, dolor severo a la palpación de hueco poplíteo donde se palpa induración. Escala Wells para TVP: 1. D-dímero: 6.530 ng/mL, PCR: 11,8 mg/dL. Resto de parámetros analíticos en rango. Rx tórax: no pinzamiento de senos costofrénicos ni condensaciones o masas aparentes. No signos de oligohemia ni neumotórax. ICT normal. Doppler venoso de miembros inferiores: Colección anecogénica que se extiende por debajo del gastrocnemio medial desde la inserción distal del semimembranoso hasta el extremo distal del gastrocnemio compatible con quiste de Baker roto. Sistemas venoso profundo y superficial normales.

Orientación diagnóstica: Quiste de Baker roto + reagudización asmática.

Diagnóstico diferencial: Trombosis venosa profunda, celulitis, trombosis venosa superficial, tromboembolismo pulmonar, infección vías respiratorias.

Comentario final: Finalmente, el paciente fue diagnosticado de quiste de Baker roto y exacerbación de su asma de base en probable relación con las nuevas condiciones climatológicas y dado de alta con tratamiento ambulatorio con antiinflamatorio y medidas de frío local. Además, se reajustó su pauta de inhaladores para el asma y se aconsejó abandono del hábito tabáquico. Quedó descartada entonces una enfermedad tromboembólica con sus dos posibles manifestaciones en forma de TVP y TEP que a priori pudimos considerar como diagnósticos principales.

Bibliografía

1. Tejero S, Fenero-Delgado B, López-Lobato R, et al. Ruptured Baker's cyst: complications due to misdiagnosis. *Emergencias*. 2018;30(6):412-4.

Palabras clave: Enfermedad tromboembólica. TVP. TVS. TEP. Quiste de Baker. Asma.