

## CARTA CLÍNICA

### Causa infrecuente de edema unilateral de miembro inferior

#### A rare cause of lower limb edema

Joven de 18 años, sin antecedentes personales de interés, que consulta por edema e inflamación distal en miembro inferior derecho de dos semanas de evolución, con empeoramiento en las últimas 24 horas, sin otros síntomas asociados ni antecedentes de traumatismo. A la exploración presenta edema indoloro con fóvea, sin aumento de la temperatura local. No tiene dolor en puntos óseos ni ligamentos. Movilidad normal. Los pulsos poplíteo, tibial posterior y pedio son positivos. Se realiza radiografía de tobillo derecho y analítica con dímero D, que son normales. Se le recomiendan medidas posturales y observación domiciliaria.

Un mes después, acude de nuevo a consulta por persistencia del edema y se observa un perímetro supramaleolar de miembro inferior derecho (MID) de 35 cm y de 32 cm el izquierdo. Se remite para estudio hospitalario.

Se realiza ecografía con Doppler, que es normal. En la angiRMN de MID se describe edema en el tejido celular subcutáneo, sin otros hallazgos. La linfogammagrafía de MID informa que el sistema linfático es normal.

Tras dos meses de clínica, descartada patología local (vascular y traumatológica), se realiza ecografía abdominal (fig. 1). Se encuentra un engrosamiento patológico (4,2 mm) de los últimos 10 cm de íleon, con un grosor de la pared del colon derecho en el límite alto de la normalidad. Existen adenopatías patológicas en región ileocecal; una de ellas alcanza los 15 mm.

A la vista de los hallazgos ecográficos, se plantea la posibilidad de que estas adenopatías puedan ser la causa del edema por compresión de los vasos ilíacos. En la anamnesis detallada, el joven niega síntomas generales, digestivos o dolor abdominal en los meses previos. Para completar el estudio etiológico, se sugiere hacer diagnóstico diferencial entre enterocolitis por gérmenes enteroinvasivos, tuberculosis y proceso linfoproliferativo.

La radiografía de tórax es normal. En gastroenterología se solicita analítica completa: hemograma, estudio ferrocínético y bioquímica normales; PCR 9,7 mg/L, estudio inmunológico ANA positivo 1/160 nucleolar, resto normal. Test Quantiferon negativo, calprotectina en heces 937 µg/g (< 50 µg/g). Serologías negativas, salvo CMV IgG y virus Epstein Barr IgG positivos.



(A)



(B)



(C)

**Figura 1** (A) Adenopatía 15 mm en región ileocecal. (B) Engrosamiento patológico (4,2 mm) de los últimos 10 cm de íleon. (C) Pared de colon derecho en límite alto de la normalidad.

La detección de parásitos en heces (*Blastocystis*, *Cyclospora*, *Cryptosporidium*, *Dientamoeba*, *Entamoeba histolytica*, *Giardia lamblia*) es negativa.

Se obtiene coprocultivo positivo para *Yersinia enterocolitica* sensible a cotrimoxazol (resistente a ampicilina).

<https://doi.org/10.1016/j.semerg.2024.102422>

1138-3593/© 2024 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Se reservan todos los derechos, incluidos los de minería de texto y datos, entrenamiento de IA y tecnologías similares.

**Tabla 1** Causas frecuentes de edema en miembro inferior en los países occidentales

Unilateral		Bilateral	
Agudo <sup>a</sup>	Crónico <sup>b</sup>	Agudo <sup>a</sup>	Crónico <sup>b</sup>
TVP unilateral	Insuficiencia venosa crónica	TVP bilateral	Insuficiencia venosa crónica/síndrome postrombótico
Rotura de quiste de Baker	Síndrome postrombótico	Insuficiencia cardíaca aguda	Hipertensión pulmonar
Rotura de fibras musculares	Infección	Insuficiencia renal/hepática agudas	Insuficiencia cardíaca / renal / hepática
Síndrome compartimental	Compresión de vena iliaca	Trombosis de la VCI	Edema idiopático
Hematoma intramuscular	Linfedema	Tumores de la VCI	Obstrucción crónica de la VCI, aplasia/hipoplasia de la VCI
Infección	Malformación vascular	Fármacos	Fármacos
Trombosis venosa superficial	Distrofia simpático refleja	Infecciones bilaterales	Linfedema
Masa/tumor <sup>c</sup>	Masa/tumor <sup>c</sup>		Lipedema
Fractura	Enfermedad venosa quística adventicial		Edema del embarazo/premenstrual
Esguince	Trastornos de la estática del pie		Obesidad
Picadura insecto/mordedura animal	Irradiación		Síndrome de malabsorción, hipoalbuminemia
	Atrofia/hipertrofia		Lesión de la médula espinal/inmovilización
	Síndromes de hipercrecimiento		Trastornos de la estática del pie
			Enfermedad tiroidea
			Apnea obstructiva del sueño

TVP, trombosis venosa profunda. VCI, vena cava inferior.

Nota: Las fístulas arteriovenosas que afectan a grandes vasos pueden producir edema agudo/crónico (lo más frecuente) y unilateral/bilateral.

Modificado de la referencia<sup>3</sup>.

<sup>a</sup> Se define agudo < 3 días y subagudo 3 días-3 meses.

<sup>b</sup> Se define crónico >3 meses.

<sup>c</sup> Puede producirse en la pelvis o en la extremidad. Si es crónico, es más probable que sea benigno.

lina, amoxicilina-clavulánico y ciprofloxacino). Coprocultivo negativo para *Aeromonas*, *Campylobacter*, *Salmonella*, *Clostridium difficile*, *Shigella*, *Vibrio* spp.

Unos días después de realizar tratamiento con cotrimoxazol (trimetoprim/sulfametoxazol 160/800mg cada 12 horas durante siete días), se observa mejoría progresiva del edema. Se realiza una ecografía abdominal de control al mes, en la que se aprecia una normalización prácticamente completa de la adenopatía de mayor tamaño y una clara mejoría de la ileocolitis. El edema del MID remite completamente a los tres meses.

El edema es un aumento de líquido intersticial superior al que es capaz de drenar el sistema linfático.

Para realizar un diagnóstico diferencial del edema en miembros inferiores se puede hacer una primera aproximación en función de la edad<sup>1,2</sup>. En gente joven, lo más común son las causas traumatológicas, tras intervenciones quirúrgicas o esguinces; en mujeres que utilizan anticonceptivos hormonales se debe descartar la trombosis venosa profunda. En pacientes de más edad hay que considerar insuficiencia cardíaca, linfedema, trombosis venosa o edemas secundarios a fármacos (amlodipino, corticoides...).

En la anamnesis se debe preguntar por antecedentes médicos, síntomas acompañantes y tratamiento habitual. La

evolución temporal (agudo, subagudo o crónico), los posibles desencadenantes, las maniobras con las que mejora el edema y la presencia o no de dolor también orientan a las posibles etiologías. En la exploración física es importante valorar la extensión del edema, la presencia de eritema, lesiones en la piel y el aumento de temperatura local, la palpación de pulsos periféricos y medir la diferencia de perímetro entre extremidades.

Las pruebas complementarias básicas para el estudio del edema son la radiografía, para descartar causa traumatológica, y la analítica con dímero D y/o ecografía Doppler para estudio vascular, según localización anatómica.

El diagnóstico diferencial del edema unilateral y bilateral se muestra en la [tabla 1](#).

*Yersinia enterocolitica* es un cocobacilo gramnegativo aeróbico de la familia de las enterobacterias, cuyo hábitat predominante es el agua y el aparato digestivo de varios animales. La infección por esta bacteria se considera una zoonosis. Se presenta aislada o en brotes por la ingesta de carne de cerdo o pollo poco cocinada, productos lácteos no pasteurizados o frutas y verduras contaminados. Generalmente se manifiesta como una gastroenteritis con diarrea acuosa. En niños mayores y jóvenes, debido a su tropismo por el tejido linfático asociado al tubo digestivo, puede cau-

sar adenitis mesentérica. Se manifiesta con dolor abdominal, que puede ser intenso y simular una apendicitis aguda. También es causa de faringitis, artritis reactiva postinfecciosa (más frecuente en pacientes con HLAB27 positivo), eritema nodoso y septicemia. Se diagnostica mediante cultivo de heces<sup>4</sup>.

Como conclusión, se expone un caso de adenitis ileocecal por *Yersinia enterocolitica* asociado a edema unilateral en MID, probablemente secundario a compresión venosa proximal, sin haber presentado la diarrea típica de yersiniosis ni el dolor abdominal esperable en una adenitis.

## Financiación

No se ha recibido financiación.

## Consideraciones éticas

La elaboración de este artículo se ha realizado siguiendo el protocolo del Centro de Salud sobre la publicación de datos de pacientes y se ha respetado la privacidad de la persona.

## Conflicto de intereses

Ninguno.

## Bibliografía

1. Merli GJ, Yenser H, Orapallo D. Approach to the patient with non-cardiac leg swelling. *Med Clin North Am.* 2023;107:945–61, <http://dx.doi.org/10.1016/j.mcna.2023.05.009>.
2. Mutluer FO, İndelen C, Dinçer N, Aslan G, Ateş MŞ. Unilateral leg edema: Is it always vascular? *Türk Kardiyol Dern Ars.* 2018;46:706–9, <http://dx.doi.org/10.5543/tkda.2018.85601>.
3. Gasparis AP, Kim PS, Dean SM, Khilnani NM, Labropoulos N. Diagnostic approach to lower limb edema. *Phlebology.* 2020;35:650–5, <http://dx.doi.org/10.1177/0268355520938283>.
4. Shoaib M, Shehzad A, Raza H, Niazi S, Khan IM, Akhtar W, et al. A comprehensive review on the prevalence, pathogenesis and detection of *Yersinia enterocolitica*. *RSC Adv.* 2019;9:41010–21, <http://dx.doi.org/10.1039/c9ra06988g>.

A. Martínez Armas, C. del Castillo de Comas,

A. Cerdán Gómez, A. Bonevic Miletic y C. Ciria de Pablo\*

*Medicina Familiar y Comunitaria, EAP Torrelodones, Madrid, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [cristina.ciria@gmail.com](mailto:cristina.ciria@gmail.com)

(C. Ciria de Pablo).