

Caso clínico

02/10/2019

Saray Suárez García – R1 Medicina Interna
Dr. Alberto Morán – Médico adjunto Medicina Interna

Varón de 80 años...

MOTIVO DE CONSULTA Dolor y tumefacción en pierna derecha.

ANTECEDENTES PERSONALES NAMC. Alergia a contraste iodado.
Independiente. Medio rural.
Neumonía organizada (ingresos en febrero y junio 2018 en Neumología), tto con esteroides (pauta descendente) desde 6/2018. Bronquiectasias en lóbulos superior izquierdo y LM.
Enfisema pulmonar centrolobulillar difuso. Enfermedad tromboembólica venosa: TVP derecha y TEP (8/2018).
Diverticulosis.
Adenocarcinoma de próstata, Gleason combinado 8, tratado con radioterapia en 2012 y bloqueo hormonal.
IQ: nefrectomía parcial dcha (oncocitoma).
Tratamiento habitual: Acenocumarol 4 mg según pauta; torasemida 5 mg/día; prednisona 15 mg/d; terazosina 5 mg/día; omeprazol 20 mg/día; carbonato cálcico 1 cp/día.

Enfermedad actual



Presenta desde hace unos 18 días (desde el alta de Neumología por TEP) tumefacción y dolor en pierna derecha que se ha acentuado en las últimas 48 horas.

Febrícula.

No traumatismos ni picaduras previas.

Exploración física

Buen estado general, hidratado, eupneico en reposo, PVC normal.

AC: rítmico a 80 lpm. Auscultación pulmonar normal.

Abdomen blando, depresible y no doloroso.

Ligero edema de pierna derecha con **colección en parte alta de pantorrilla que fluctúa.**

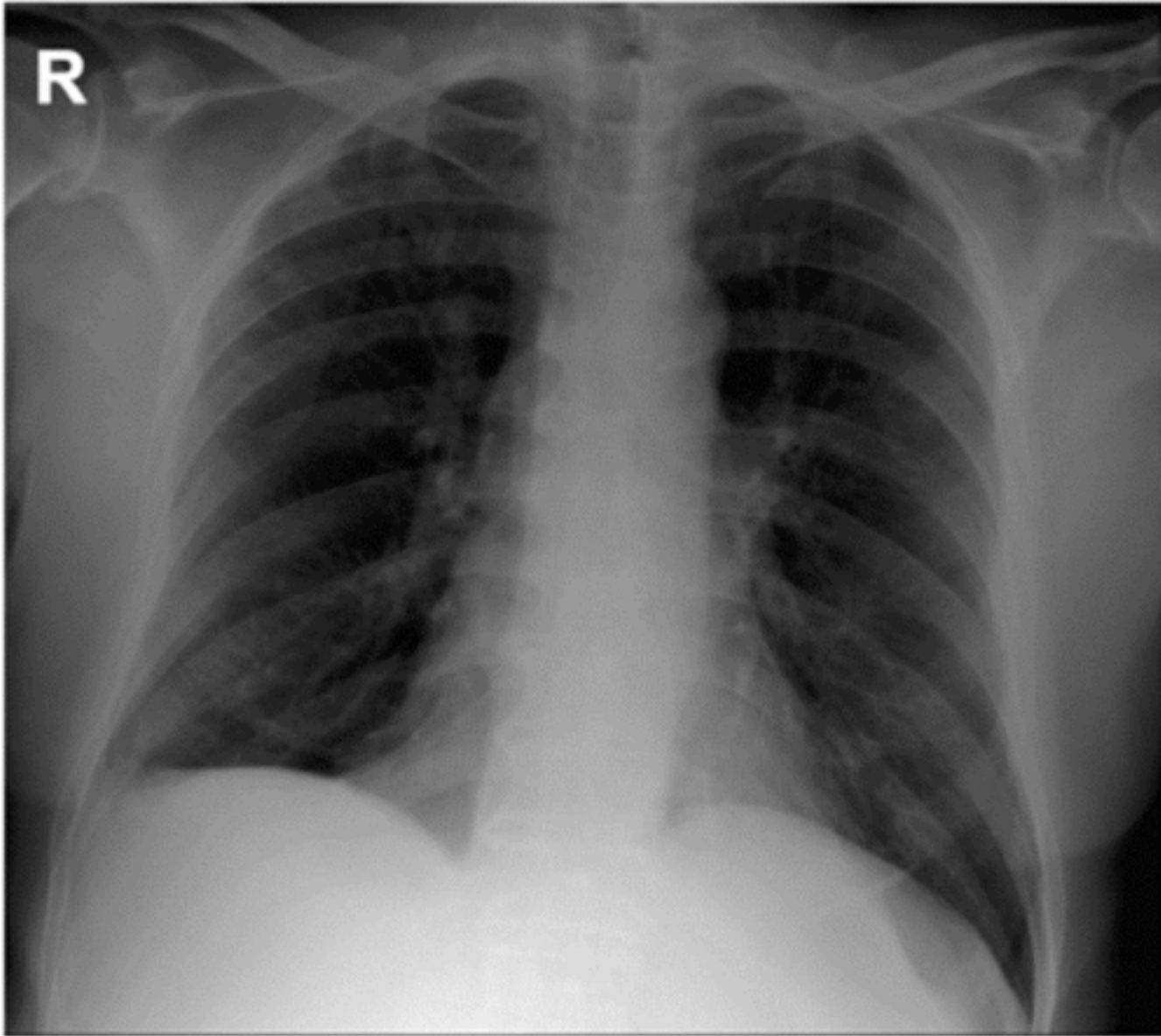


Pruebas complementarias

ANALÍTICA

Leucocitos: 20900 (78 seg, 4 cay), Hb: 12.7, VCM: 88, Plt: 234000, **VSG:28, INR: 3.7, Actividad protrombina: 20%**, Glucosa: 112, Urea: 53, Creatinina: 0.8, FG: 86, Na: 137, K: 3.9, **PCR: 51**, GOT: 13, GPT: 24, FA: 60, GGT: 29, BT: 0.9, CT: 159, TG: 145, PT: 5.3, Ca: 8.4, P: 3.3, Úrico: 5.6, CK 14, **Fe:14, IST:9%, Ferritina:1083**, B12 547, Fólico 8, PSA 0.4.





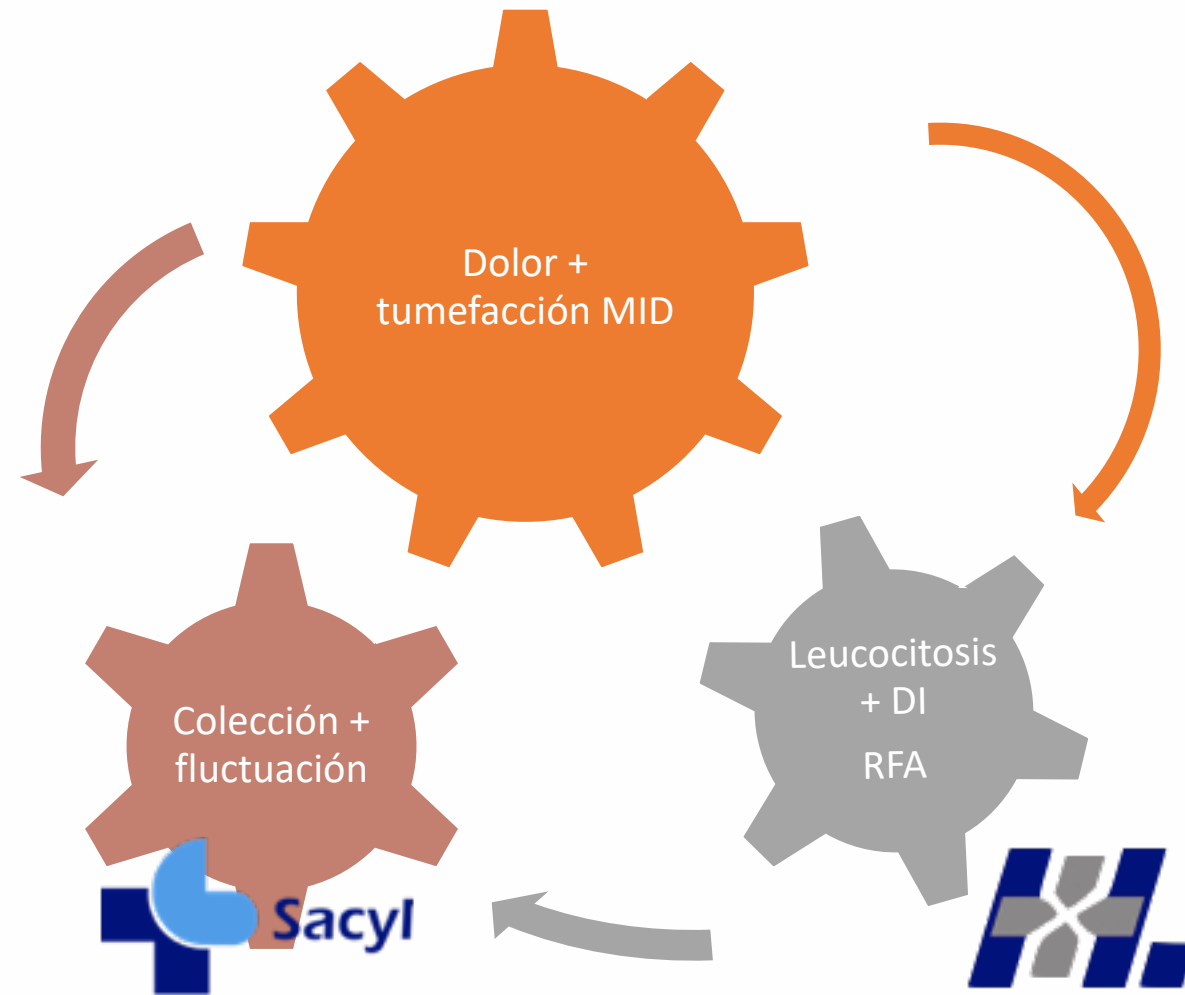
Valorado por Cirugía Vascular
descartando trombosis venosa

Resumen

1º Neumonía organizada

2º TVP + TEP

3º 18 días después...



Diagnóstico diferencial

- TVP
- Flebitis y tromboflebitis superficial
- Rotura quiste de Baker
- Aneurisma arteria poplítea
- Hematoma sobreinfectado.
- Infección de partes blandas

Celulitis

Absceso

Piomiositis

TVP

- Frecuente y puede ser asintomática.
- Síntomas dolor, edema, empastamiento muscular, eritema, impotencia funcional...
- Favorecido por estasis sanguíneo, daño endotelial e hipercoagulabilidad por Qx reciente, neoplasias, infecciones...
- Complicaciones: **TEP** y **SÍNDROME POSTROMBÓTICO**



Tratamiento con Sintrom. Descartada TVP en Urgencias.

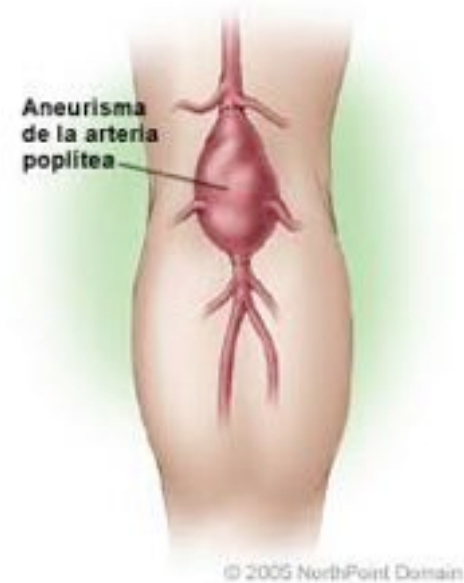
Flebitis/Tromboflebitis superficial

- Edema , eritema + induración dolorosa de una vena superficial varicosa.
- Normalmente dx clínico, aunque en ocasiones puede simular TVP.
- No es infrecuente extensión al sistema venoso profundo.



Aneurisma arteria poplítea

- Hombres >65 años
- HTA y otras comorbilidades.
- Masa pulsátil.
- Diagnóstico en pacientes sintomáticos por complicaciones tromboembólicas.



Rotura quiste de Baker

- Distensión de la bursa posteromedial.
- Masa poplíteo lisa indolora.
- Puede simular y coexistir con TVP (dolor, inflamación hematoma).
- La rotura causa dolor inflamación y hematoma en el hueco poplíteo y en la pantorrilla.



Celulitis

- Infección de la dermis y tejido celular subcutáneo.
- *S. pyogenes* y *S. aureus*.
- Edema, eritema, induración, aumento de la temperatura.
- Predisposición en pacientes con antecedentes de trauma, edema, éstasis venoso...
- No suele cursar con fiebre ni afectación sistémica.
- Dx clínico



Absceso

- Colección de pus localizada, secundaria a necrosis de tejido por una infección previa, normalmente adyacente.
- *S. aureus* (piel y partes blandas).
- Nódulo firme, eritematoso y doloroso, que termina **fluctuando**
- No suele cursar con clínica sistémica llamativa.

Piomiositis

- Infección subaguda musculo estriado
- S. Aureus (diseminación hematológica)
- Se acompaña de abscesos.
- CK suele ser normal.



Estadio I o etapa invasora: fiebre variable, escasa tumefacción local. Suele pasar inadvertido.

Estadio II o etapa supurativa: entre 10 y 21 días más tarde. Suele existir leucocitosis elevada y fiebre, con mayor tumefacción e hipersensibilidad local.

Estadio III o etapa séptica: intensa afectación local y sistémica. Complicaciones como endocarditis o embolos sépticos.

Fascitis necrotizante

- Infección rápidamente progresiva del tejido celular subcutáneo
- Polimicrobianas. *S. pyogenes*.
- El cuadro comienza con afectación local: edema difuso, eritema, calor y dolor desproporcionado y progresa rápidamente. En 48 horas coloración azulada con formación de ampollas amarillentas. Progresa a necrosis muscular y gran afectación sistémica.



Diagnóstico diferencial

- TVP
- Flebitis y tromboflebitis superficial
- Rotura quiste de Baker
- Aneurisma arteria poplítea
- Hematoma

Infeción de partes blandas

Celulitis

Absceso

Piomiositis

Impresión diagnóstica

PIOMIOSITIS + ABSCESO



- Ecografía de partes blandas y doppler.
- Valorar drenaje si presencia de absceso y cultivo.
- RM /TC que descarte posible osteomielitis.
- Si fiebre extracción de hemocultivos y valorar ecocardiograma y otras pruebas diagnósticas.
- Antibioterapia

Bibliografía

- Manual de diagnóstico y terapéutica médica. Hospital Universitario 12 de octubre. 8ª edición. 2014.
- Harrison Medicina Interna, 16ª edición.
- UptoDate. Disponible: <http://uptodate.publicaciones.saludcastillayleon.es>
- *Joseph S. Yu*. Emergent soft tissue conditions. Clinical Key. Disponible en: <https://clinicalkey.publicaciones.saludcastillayleon.es>
- Infecciones de la piel y partes blandas. Principios de Urgencias, emergencias y cuidados críticos.
- Aneurisma de la arteria poplítea. Mayo clinic. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/popliteal-artery-aneurysm/symptoms-causes/syc-20355432>
- *Salvador Selfa Moreno*. Diagnóstico diferencial del dolor agudo en la pantorrilla (15p) Hospital Lluís Alcanyís. Xàtiva (Valencia).