

# Dolor de rodilla

Ricardo García Sieiro<sup>1</sup>, Inés Monteagudo Pousa<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Médico Especialista de Medicina Familiar y Comunitaria del Centro de Salud de Cambre ( A Coruña)

<sup>2</sup>Médico residente de Medicina familiar y Comunitaria del Centro de Salud de Cambre ( A Coruña)

Cad Aten Primaria  
Año 2013  
Volume 19  
Páx. 130-130

## CASO CLÍNICO

Mujer de 67 años que consulta por dolor en pantorrilla izquierda con aumento de volumen de cinco meses de evolución, junto con aumento de partes blandas en hueso poplíteo.

El dolor aparecía en ortostatismo, durante la marcha, con la hiperextensión y flexión forzada de la rodilla.

Como antecedentes, obesidad grado I, dislipemia, e insuficiencia venosa crónica.

A la exploración presentaba dolor y aumento de volumen de la pantorrilla izquierda, de 0.5 cm, sin aumento de temperatura cutánea. Se observaba una variz en la zona, con dermatitis ocre distal. Los pulsos distales eran positivos y simétricos.

## PREGUNTAS

- De entre las siguientes pruebas ¿Cuál realizarías?
  - Ninguna, realizaría tratamiento sintomático con reposo, elevación del miembro, antiinflamatorios y ver evolución
  - Solicitar una radiografía de rodilla
  - Realizar una ecografía
  - Solicitar una RNM
  - Pautar tratamiento antiinflamatorio, elevación del miembro y HBPM
- ¿Cuál es el diagnóstico más probable?
  - Tromboflebitis
  - Celulitis
  - Gonartrosis
  - Quiste Baker
  - Meniscopatía



FIGURA 1



FIGURA 2

## RESPUESTA AL CASO CLÍNICO ERUPCIÓN MÁCULO-AMPOLLOSA EN MUJER JOVEN

### DIAGNÓSTICO

Una simple erupción macular puede ser el inicio de una toxicodermia grave como es el síndrome de Stevens –Johnson (SSJ) / necrólisis epidérmica tóxica (NET). Ambas son formas polares de una misma enfermedad. Toda erupción macular que se torne en máculo-vesicular o máculo-ampollosa que se acompañe de desprendimiento de la superficie cutánea y erosiones en mucosa ocular, orofaríngea, y vaginal debe hacernos sospechar esta enfermedad.

El cuadro inicial, además de las lesiones mucocutáneas dolorosas, se acompaña de fiebre (<39°C) en el 10-30% de los pacientes y afectación de órganos internos tales.

El desprendimiento de grandes extensiones, junto con la afectación intestinal y pulmonar, y la edad avanzada son factores de mal pronóstico.

Ante la mínima sospecha de este cuadro clínico debemos interrumpir el fármaco sospechoso del cuadro clínico. Debemos de tener presente que cualquier tratamiento puede producirlo, aunque los más frecuentes son los antimicrobianos aromáticos (carbamecina, lamotrigina, fenitoina), sulfamidas, b-lactámicos, alopurinol y AINES.

Se han postulado múltiples tratamientos sistémicos (glucocorticoides, gammaglobulinas...) pero ningún ha demostrado su superioridad. Lo más importante es la supresión del fármaco y el ingreso en unidades de quemados o de cuidados intensivos para el cuidado mucocutáneo especializado prestando especial atención en LAS complicaciones, las cuales son resultado de la pérdida de la integridad de la barrera cutánea, la insuficiencia respiratoria y la afectación ocular.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Loscalzo J, editors. Harrison Principios de medicina interna. Vol 1. 18ª ed. México:McGraw-Hill; 2012.
2. Ferrándiz-Pulido C, García-Fernandez D, Gómez-Morell P, Palao R y García-Patos V. Síndrome de Stevens-Johnson y necrólisis epidérmica tóxica: revisión de la experiencia clínica en un Hospital Universitario (1989-2008). *MedClin*. 2011; 136(13):583-587.
3. Schneck J, Fagot JP, Sekula P, et al. Effects of treatments on the mortality of Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis: A retrospective study on patients included in the prospective EuroSCAR Study. *J Am Acad Dermatol* 2008; 58:33.
5. De la Torre C, Suh Oh HJ. Novedades en el diagnóstico de las toxicodermias. *Actas Dermosifiliogr*. 2013. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2012.11.016>.

## RESPUESTA AL CASO CLÍNICO DOLOR DE RODILLA

### RESPUESTA

Ese mismo día se realiza ecografía en consulta que demuestra la presencia de una imagen redondeada bien delimitada hipocóica con refuerzo posterior de 20.3 mm x 20.9 mm compatible con quiste de Baker con comunicación con la cavidad articular de la rodilla. Dado el pequeño tamaño, se decide tratamiento conservador con medidas físicas y antiinflamatorios con mejoría clínica en dos semanas. Se repite ecografía para ver evolución con leve disminución de tamaño (2mm).

Figura 1. Corte transversal

Figura 2. Corte longitudinal

### DEFINICIÓN

El quiste poplíteo o de Baker, es producido por un exceso de líquido en la articulación de la rodilla. Cuando la presión se acumula, el líquido se protruye hacia la parte posterior de la misma.

Está constituido por una acumulación de líquido sinovial en la bolsa serosa común de los músculos gemelo interno y semimembranoso. Se asocia comúnmente a patología intraarticular de la rodilla, que genere derrame articular (sobre todo, artritis reumatoide, osteoartritis y lesiones meniscales). Suele comunicarse con la cavidad articular de la rodilla, frecuentemente con mecanismo valvular unidireccional.

### ETIOLOGÍA

- Enfermedades articulares degenerativas asociadas a la líquido articular aumentado. Osteocondritis disecante, fracturas osteocondrales...
- Artropatías inflamatorias, que tienen también proliferación sinovial en la articulación y en las bolsas comunicantes: artritis reumatoide, gota, artritis séptica...
- Traumatismos: es una de las causas de aparición del quiste de Baker en niños.

## SÍNTOMAS

Desde asintomático a gonalgia inespecífica, aunque lo más común es la presencia de una masa palpable en la parte medial del hueso poplíteo, sin dolor espontáneo ni provocado y de tamaño fluctuante.

Normalmente son visibles desde atrás en la posición de pie como un bulto en la cara posterior de la rodilla, más evidente si se compara con la rodilla no afectada. Los síntomas aumentan en ortostatismo, durante la marcha y con la inflamación de la articulación.

## DIAGNÓSTICO

Se diagnostica por la historia clínica y exploración.

Las radiografías no mostrarán el quiste pero pueden aparecer otros problemas causantes del mismo.

Se confirma su presencia y extensión mediante pruebas de imagen como: ecografía, artrografía con contraste o Resonancia Magnética nuclear (R.M.N.).

El método ecográfico es una técnica no invasiva que brinda de forma sencilla, rápida y a bajo costo, gran ayuda al diagnóstico y al diagnóstico diferencial.

Para diagnosticar ecográficamente un quiste de Baker con certeza basta con identificar el canal de comunicación con el espacio articular, adyacente al cóndilo femoral medial, que es patognomónico, aunque no siempre se ve.

Otros diagnósticos diferenciales comprenden el ganglión quístico, el quiste meniscal, otras masas quísticas varias como: hematomas, abscesos y linfagiomias, el aneurisma de la arteria poplíteo, las venas trombosadas y los tumores de origen nervioso.

## COMPLICACIONES

### Dissección

Extendiéndose superficial y próximamente entre el gemelo interno y la fascia superficial, llegando incluso hasta el tobillo. En estos casos pueden comprimir venas, arterias y troncos nerviosos, y simular TVP o isquemia, o aparecer síntomas y signos neurológicos como parte de un síndrome compresivo del compartimiento posterior y, más raramente, del compartimiento anterior.

### Ruptura

Cuando se rompe hay pérdida de líquido en la grasa y músculo vecino. El quiste roto deja espontáneamente de drenar líquido en uno o dos días. Pueden romperse, con derrame del líquido sinovial hacia el tobillo, lo que produce una tumefacción indolora del mismo o hinchazón de toda la pierna, que puede confundirse con una tromboflebitis.

## TRATAMIENTO

En la mayoría de los casos el tratamiento es médico, tratando la enfermedad articular de base, y el reposo con pierna elevada y la compresión suave; Normalmente se resuelve vaciando la articulación de la rodilla mediante punción e inyectando corticoides para evitar su reproducción. El tratamiento quirúrgico, raras veces necesario, puede consistir simplemente en la aspiración del contenido del quiste si produce mucho dolor y efectos compresivos por gran distensión. Finalmente, puede ser necesaria la escisión del quiste por cirugía convencional.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Nomura A, Fujita Y, Haji Y, Yamaguchi M, Tomino T, Watanabe T. Clinical images: Baker's cyst in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 2011 Mar; 63(3):774. doi: 10.1002/art.30088.
2. Manzini JL, Rodríguez MJ, Machuca J. Quistes de Baker, su importancia en Medicina Interna. *Revista del Hospital Privado de Comunidad.* Volumen 5, número 2, agosto-diciembre 2002.

## RESPUESTA AL CASO CLÍNICO ERUPCIÓN SERPENTIFORME EN PIE

### DIAGNÓSTICO

La respuesta es la 3. El diagnóstico es larva migrans cutánea.

### EXPLICACIÓN FINAL

La larva migrans cutánea (LMC) es una enfermedad caracterizada por lesiones cutáneas serpiginosas<sup>1</sup>, causada por la presencia en la piel de determinados nematodos que parasitan el intestino de animales.

Es endémica de zonas cálidas, húmedas y tropicales. Aumenta cada vez más en otras zonas por viajes a lugares exóticos siendo la dermatosis más frecuente en los viajeros que regresan de una zona tropical.

Los parásitos que causan la enfermedad más frecuentemente son *Ancylostoma braziliensis*, *A. ceylanicum*, *A. caninum* y *Uncinaria Stenocephala*<sup>2</sup>.

Los huéspedes habituales son perros, gatos y animales salvajes<sup>2</sup>. Los huevos de los nematodos son excretados con las heces y se