

Diagnóstico desafiante de un edema asimétrico de miembros inferiores

Catarina Maciel¹ , Daniela Augusto¹ , Rita Queirós¹ , João Reis²  y Paulo Subtil¹ 

¹Medicina Interna, Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal

²Ortopedia y Traumatología, Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal

Recibido: 27/11/2022

Aceptado: 20/03/2023

En línea: 30/04/2023

Citar como: Maciel C, Augusto D, Queirós R, Reis J, Subtil P. Diagnóstico desafiante de un edema asimétrico de miembros inferiores. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2023 (abril); 8 (1): 46-48. doi: <https://doi.org/10.32818/reccmi.a8n1a15>.

Cite this as: Maciel C, Augusto D, Queirós R, Reis J, Subtil P. *Challenging diagnosis of asymmetric peripheral edema*. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2023 (April); 8 (1): 46-48. doi: <https://doi.org/10.32818/reccmi.a8n1a15>.

Autor para correspondencia: Catarina Maciel. a.catarinamaciel@gmail.com; amaciel@chtmad.min-saude.pt

Palabras clave

- Edema asimétrico
- Quiste sinovial
- Articulación de cadera
- Bursitis del iliopsoas

Resumen

El edema periférico es una manifestación clínica común, frecuentemente de etiología multifactorial. Puede presentarse de forma uni o bilateral, pudiendo ser la clave diagnóstica de patologías sistémicas o locales. Presentamos el caso clínico de una mujer de 79 años, que acude al servicio de urgencias por tumefacción asimétrica del miembro inferior derecho, con limitación funcional; sin otra sintomatología asociada. Tras excluir las causas más frecuentes, se constató la existencia de un quiste sinovial de la articulación coxofemoral, una causa atípica del edema.

Keywords

- *Asymmetric edema*
- *Hip sinovial cyst*
- *Hip joint*
- *Iliopsoas bursitis*

Abstract

Peripheral edema is a common clinical case, often of multifactorial etiology. It can be unilateral or bilateral, which can be key for a diagnosis on systemic or local pathologies. We want to showcase the clinical case of a 79-year-old woman who attended the emergency department due to asymmetric swelling of the right lower limb, with functional limitation; without other associated symptoms. After excluding the most frequent causes, the existence of a synovial cyst of the coxofemoral joint was confirmed, which is an atypical cause of the edema.

Puntos destacados

- El edema asimétrico puede estar relacionado con la compresión extrínseca.
- El quiste sinovial de cadera es una causa rara de compresión de los vasos de la zona.

Introducción

El edema periférico es la tumefacción palpable debido al aumento del volumen intersticial en los tejidos. Para facilitar el abordaje diagnóstico, se puede caracterizar según su duración (agudo o crónico), distribución (uni o bilateral) y síntomas concomitantes, como disnea, dolor o alteraciones cutáneas. Son etiologías, por ejemplo, enfermedades sistémicas que condicionan hipervolemia, como la insuficiencia cardíaca (IC), cirrosis, síndrome nefrótico, sarcopenia y desnutrición, efectos secundarios farmacológicos o enfermedades linfáticas/vasculares¹; ocurriendo, preferencialmente, en los miembros inferiores.

Con una presentación asimétrica se deben investigar fenómenos locales como la trombosis venosa profunda (TVP), la dermohipodermatitis bacteriana aguda, los trastornos musculoesqueléticos y las neoplasias que comprimen los ejes vasculares. Podemos encontrarlo de forma aislada o como un síntoma concomitante de un cuadro clínico sistémico.

La investigación del edema implica, en primer lugar, la exclusión de las etiologías más probables, mediante anamnesis, examen objetivo y pruebas complementarias de diagnóstico, así como la definición de una estrategia terapéutica dirigida a la causa subyacente y control sintomático. La aparición de quistes sinoviales en la articulación de la cadera es rara, relacionándose con mayor frecuencia con la artritis reumatoide, artrosis o traumatismo. Su manifestación clínica más frecuente es el dolor en la región inguinal o en la región anterior del muslo, por compresión del nervio femoral. Sin embargo, también puede presentarse con edema del miembro inferior y/o trombosis venosa profunda.

Caso clínico

Presentamos el caso de una mujer de 79 años, autónoma, que acudió a Urgencias por edema asimétrico del miembro inferior derecho (MID) de 15 días de evolución, con limitación funcional y agravamiento progresivo. La paciente negó inmovilización prolongada, traumatismo o lesión cutánea. Negada fiebre, síntomas sugestivos de foco infeccioso activo, de hipervolemia o síntomas constitucionales. Tampoco presentaba síntomas que orientarían a enfermedad autoinmune, en particular sinovitis o dactilitis en otras articulaciones. Tampoco refería déficits neurológicos generales y en la extremidad afectada no había tenido pérdida de fuerza, ni alteración de sensibilidad. La limitación funcional se relacionaba principalmente con el edema y el dolor.

Antecedentes

Como antecedentes personales, la paciente tenía una obesidad grado II, artritis reumatoide en remisión en tratamiento de mantenimiento con prednisona 5 mg id y acetaminofén 60 mg id, asociada a enfermedad osteoarticular degenerativa con artroplastia total de rodilla bilateral (no reciente).

Exploración física

En el examen físico, la paciente se encontraba hemodinámicamente estable, afebril, con dolor moderado, constante y difuso en el MID. Consciente y colaboradora, caminaba sobre tercer apoyo, con buen estado general, sin distensión venosa yugular a 45°, sin adenopatías palpables (incluso en región inguinal). Auscultación cardíaca con presencia de S1 y S2, sin variabilidad, sin ruidos adicionales, incluyendo soplos, y auscultación pulmonar con murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos.

La exploración del abdomen no encontró organomegalia, ascitis, tumefacciones ni circulación colateral, siendo blando y depresible. En las extremidades, se objetivó edema hasta la raíz del muslo del MID con fovea, sin enrojecimiento, calor ni lesiones cutáneas. Tenía limitada la movilización activa/pasiva de los segmentos articulares derechos. Pulso femoral, tibial posterior poplíteo y pedio palpables bilateralmente. Signo de Homans negativo, bilateral.

Pruebas complementarias

Dadas las causas mencionadas, se realizaron pruebas diagnósticas complementarias con hemograma completo, función renal, ionograma, bioquímica hepática, proteínas totales, albúmina, perfil lipídico, proteína C reactiva y pro-BNP, sin alteraciones. Estudio de la coagulación con D-Dímeros normales.

Con el fin de excluir compresión vascular por efecto de masa, se realizó una tomografía computarizada abdominopélvica (AP) con contraste, que demostró «quiste de la articulación de la cadera derecha posiblemente sinovial, con extensión proximal y distal y compresión extrínseca sobre la vena ilíaca externa en el anillo femoral superficial», probablemente responsable del edema; sin signos de TVP. Este hallazgo se corroboró en RMN pélvica que un derrame articular coxofemoral de moderado volumen, por sinovitis inespecífica (figura 1). En la figura 2, bursitis extensa del iliopsoas, con extensión de 13 cm y diámetro transversal máximo de 4 cm. Edema del tejido subcutáneo y planos musculares aponeuróticos del muslo homolateral.

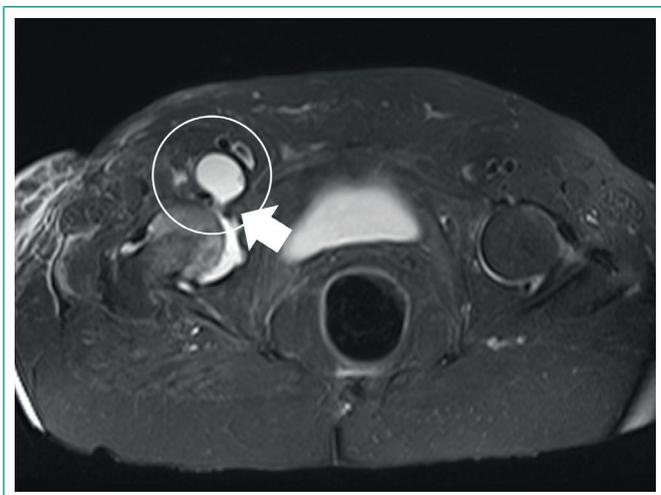


Figura 1. Sección transversal de resonancia magnética de la pelvis en T1 con una imagen potenciada en T1 con evidencia de quiste sinovial en relación con la articulación de la cadera derecha (flecha) y su proximidad al eje vascular ilíaco externo (círculo).

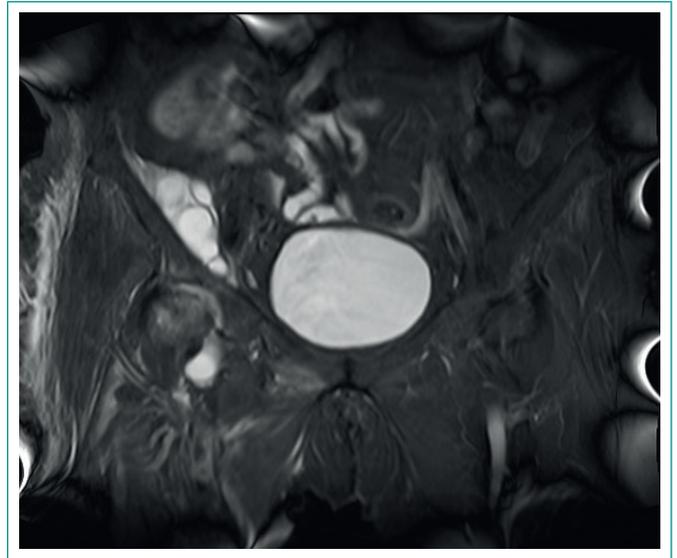


Figura 2. Vista coronal de resonancia magnética pélvica y de cadera con imagen ponderada en T1 que muestra evidencia de extensión proximal y distal del quiste sinovial del lado derecho y relación con la cavitación pélvica y sus respectivas estructuras.

Evolución

El caso clínico presentado fue discutido con las especialidades de Cirugía Vasculosa y Ortopedia, dado el potencial riesgo de trombosis vascular o síndrome compartimental, por la afectación de las estructuras comentadas y mostradas en la RMN.

Se ingresó para descartar absceso del iliopsoas, espondilitis lumbar o necesidad emergente de drenaje del quiste. La paciente permaneció estable durante la hospitalización y mostró buena respuesta al drenaje postural y terapia diurética instituida; factores que contribuyeron a la reducción del edema, hasta la cirugía de artroplastia total de cadera. La enfermedad osteoarticular degenerativa previamente conocida y prolongada en el tiempo, con evidencia de artrosis a nivel de la articulación de la cadera, justificó la decisión quirúrgica de la artroplastia total de la cadera, en lugar de drenaje del quiste. Además de no resolver el componente osteoarticular, podría recaer o infectarse, al romper la barrera sinovial.

Debido a la rareza de la enfermedad, no existe un tratamiento de elección; este depende del tamaño del quiste, síntomas y comorbilidades. El tratamiento quirúrgico de los quistes sinoviales es preferible para pacientes sintomáticos y la aspiración con aguja se recomienda como opción de tratamiento en pacientes asintomáticos sin compresión de vasos o nervios¹.

Diagnóstico

Edema asimétrico del miembro inferior derecho debido a compresión vascular por quiste sinovial coxofemoral.

Discusión y conclusiones

Se presenta este caso por su etiología infrecuente, con muy pocos casos descritos²⁻⁶, especialmente con presentación como edema unilateral y limitación funcional.

En los casos mencionados, la presentación clínica asociada fue, sobre todo, neurológica, con dolor intenso (en la región lumbar o miembro afectado) y pérdida de fuerza muscular², con alteración de la marcha. Esto apunta,

de inmediato, para un diagnóstico ortopédico o lesión de contigüidad con bursitis junto al músculo iliopsoas, con diagnóstico diferencial de espondilodiscitis³ o, incluso, un hallazgo incidental en los exámenes de imagen de rutina⁴.

En otros casos, el diagnóstico de trombosis venosa profunda requeriría exámenes dirigidos a los vasos de las extremidades (*EcoDoppler*), pero también la búsqueda de causas de compresión extrínseca⁵.

En el caso presentado, la exuberancia del edema asociado a las características del biotipo y edad de la paciente, bien como sus comorbilidades compatibles con etiología cardíaca (insuficiencia cardíaca) o vascular (trombosis venosa profunda) han motivado la orientación por Medicina Interna. Hay que destacar que, si no se hubiera realizado el examen de imagen, no hubiésemos llegado al diagnóstico final ya que el edema respondió a la estrategia diurética, a pesar de la compresión extrínseca.

Los edemas periféricos tienen numerosas causas subyacentes, considerándose su investigación un desafío; sobre todo cuando están excluidas las causas más comunes. Destacamos la importancia de una escalada diagnóstica minuciosa, dada la multitud de diagnósticos diferenciales posibles y la necesidad de un abordaje multidisciplinar para la resolución del caso.

Bibliografía

1. Angelini A, Zanotti G, Berizzi A, Staffa G, Piccinini E, Ruggieri P. Synovial cysts of the hip. *Acta Biomed.* 2018;88(4):483-90. doi: <https://doi.org/10.23750/abm.v88i4.6896> (último acceso mar. 2023).
2. Badère JM, Boyer L, Michel JL, Dubost JJ, Sauvezie B, Bussière JL. Synovial cysts of psoas bursa in men. 4 cases and literature review *Rev Rhum Mal Osteoartic.* 1990;57(6):481-5. doi: <https://doi.org/10.1007/BF00349741> (último acceso mar. 2023).
3. Bousquet JC, Ravoux S, Durand A. Synovial cyst of the hip with venous compression. Diagnosis using x-ray computed tomography. A case report. *J Radiol.* 1990;71(11):623-7.
4. Yukata K, Nakai S, Goto T, Ikeda Y, Shimaoka Y, Yamanaka I, et al. Cystic lesion around the hip joint. *World J Orthop.* 2015;6(9):688-704. doi: <https://doi.org/10.5312/wjo.v6.i9.688> (último acceso mar. 2023).
5. Keese M, Dahi F, Lindhoff-Last E. A Synovial Cyst Originating from the Hip Joint as a Rare Cause of Recurrent Femoral Vein Thrombosis: Case Report and Literature Review. *Ann Vasc Surg.* 2017;43:313.e13–e15. doi: <https://doi.org/10.1016/j.avsg.2017.02.016> (último acceso mar. 2023).
6. Ye Y, Zhang C, Zhang D, Chen N, Song B, Wu S, et al. Diagnosis and surgical treatment of patients with femoral vein compression from hip joint synovial cyst. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord.* 2019;7(1):82-9. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jvsv.2018.06.013> (último acceso mar. 2023).