

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE GONALGIA ATRAUMÁTICA. NO ES LO QUE PARECE

María Jesús Rayo Navarro; María Álvarez Postigo

Hospital Universitario de Getafe.

INTRODUCCIÓN

Muchas son las causas de gonalgia atraumática: osteocondritis disecante, necrosis de cóndilos femorales, artrosis, infecciones, inestabilidades, etc.

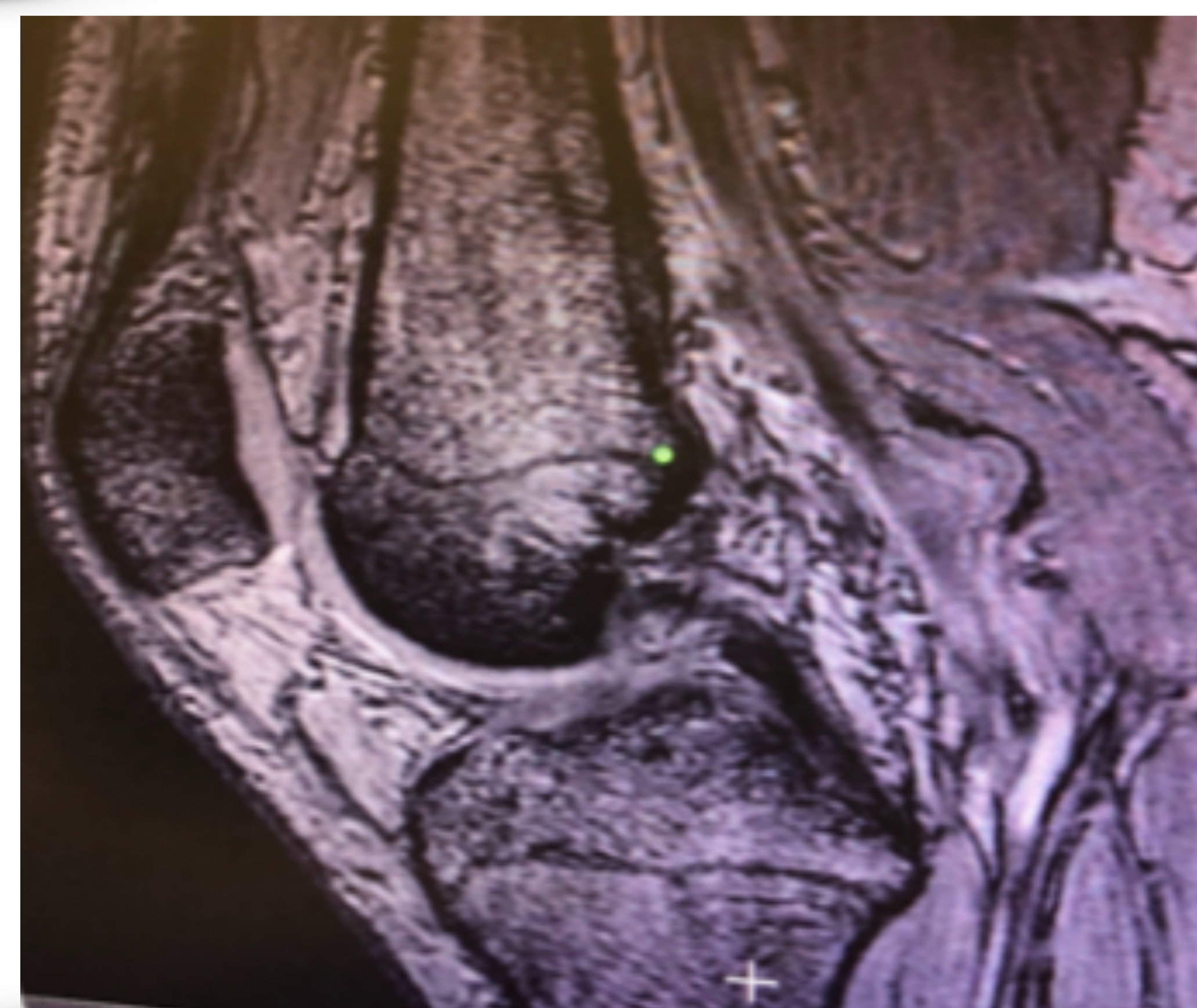
Dentro del diagnóstico diferencial, debemos sospechar etiologías menos comunes, pero cuyo diagnóstico deben conocerse por las complicaciones que podrían ocasionar en caso de no tratarse correctamente.

RESULTADOS

Hemocultivos: *Streptococo Viridans* (en contacto de cuadro febril se clasifica como aneurisma micótico)

AngioTC: aneurisma fusiforme de la arteria poplítea (clasificándolo como micótico ante cuadro febril)

Cirugía vascular realizó un bypass poplíteo-poplíteo con antibioterapia coadyuvante 6 semanas desapareciendo la sintomatología.



OBJETIVOS

Presentar una gonalgia de etiología infrecuente con potenciales graves consecuencias.

MATERIAL Y METODOLOGÍA

Varón de 47 años, con gonalgia derecha de años de evolución y reagudizaciones autolimitadas. Intervenido en otro centro de artroscopia diagnóstico-terapéutica no hallando lesiones intraarticulares que justificaran el cuadro, presentando únicamente un quiste de Baker en la resonancia.

Acude a urgencias por gonalgia y dolor en hueso poplíteo con fiebre termométrica, refiriendo otros episodios de claudicación y cianosis de dicho miembro con eventuales cuadros febriles.

Se palpó tumefacción en hueso poplíteo con transmisión de latido sin datos de artritis séptica. Encontramos elevación de reactantes de fase aguda e imagen en el ECO-Doppler compatible con aneurisma poplíteo.

CONCLUSIONES

La mayoría de los pseudoaneurismas poplíteos son iatrogénicos, siendo el principal causante la cirugía artroscópica de rodilla. Por ello es la principal sospecha, aunque no la única. Etiología idiopática es diagnóstico de exclusión, no encontrando más de 4 artículos descritos.

Presentamos a un varón con gonalgia a quien se realizó una artroscopia, la cual pudo provocarle un pseudoaneurisma. Sin embargo, en la RMN prequirúrgica, se podía observar una alteración en la forma de la arteria poplítea en la cual nadie reparó, interviniéndola innecesariamente por sospechar patología intraarticular.

Si se hubiera reparado en los episodios de claudicación, cianosis y fiebre, no se habría demorado el diagnóstico hasta 10 años.

Se trató con un by-pass poplíteo-poplíteo y antibioterapia de amplio espectro durante 6 semanas por aislamiento de hemocultivos de *Streptococo Viridans*. No se amplió la duración debido a que las muestras intraoperatorias fueron negativas.

