

Caso clínico

Aneurisma poplíteo que simula quiste de Baker en un paciente con artritis reumatoide: a propósito de un caso

Concepción Chalmeta Verdejo*, Juan José Alegre Sancho, José Andrés Román Ivorra y José Ivorra Cortes

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 7 de marzo de 2010
Aceptado el 11 de mayo de 2010

Palabras clave:

Quiste Baker
Ecografía
Aneurisma poplíteo

Keywords:

Baker's cyst
Ultrasonography
Popliteal aneurism

R E S U M E N

El quiste de Baker es una colección anormal de líquido sinovial en la bursa gastrocnemio-semimembranosa que puede observarse, con cierta frecuencia, en el hueco poplíteo de pacientes con patología de la rodilla. Sin embargo, también es posible encontrar tumoraciones derivadas de estructuras vasculares o neurológicas. Presentamos el caso de una paciente con artritis reumatoide en el que el examen ecográfico efectuado con la sospecha de quiste de Baker detectó un aneurisma de la arteria poplíteo.

© 2010 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Popliteal cyst simulating a Baker's cyst in a patient with Rheumatoid Arthritis: a case presentation

A B S T R A C T

Baker's cyst is the most common mass located in the back side of the knee, the popliteal fossa, in patients with degenerative and inflammatory disease of the knee. Popliteal mass may also be due to proliferation of adipose tissue, popliteal artery aneurysm, thrombotic vein, or tumor. These lesions are rarer and may easily be misinterpreted as cysts. We show a man with rheumatoid arthritis who is presenting a palpable mass in the popliteal fossa. Ultrasonography examination demonstrated a popliteal artery aneurysms.

© 2010 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

En los pacientes con artrosis y enfermedades inflamatorias articulares puede observarse, con cierta frecuencia, una tumoración de contenido líquido en el hueco poplíteo, denominada quiste de Baker^{1,2}, debida a la distensión de la bursa gastrocnemio-semimembranosa o, en su defecto, a una herniación de la cápsula articular posterior con líquido sinovial a tensión. Los quistes de Baker pueden extenderse distalmente disecando los planos anatómicos de los tejidos blandos de la pantorrilla e, incluso, romperse simulando una trombosis venosa profunda. Sin embargo, el hueco poplíteo también puede alojar tumoraciones derivadas de distintas estructuras anatómicas vasculares, neurológicas y musculotendinosas. Entre ellas, el aneurisma de la arteria poplíteo es la tumoración vascular más frecuente en el hueco poplíteo; esta área

es la localización más frecuente de los aneurismas arteriales periféricos (70%).

La exploración física³ no permite un diagnóstico diferencial de certeza entre estas dos entidades. De hecho, una masa palpable en el hueco poplíteo puede corresponder simplemente a una acumulación de tejido adiposo. Este diagnóstico diferencial sí puede establecerse mediante el uso de la ecografía musculoesquelética^{4,5} como técnica diagnóstica sencilla, accesible, no ionizante, cómoda y rápida para el paciente. Como bien es sabido, asociada al Doppler color permite visualizar vasos y lesiones inflamatorias en articulaciones, músculos y tendones. También es de utilidad como guía para la aspiración y la infiltración porque aumenta el éxito y la rentabilidad de estos procedimientos.

Caso clínico

Paciente varón de 60 años con artritis reumatoide de 6 años de evolución en tratamiento con sulfasalazina 1.500 mg/día y deflazacort 6 mg/día, con buen control clínico y analítico de su enfermedad.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: inchave@yahoo.es (C. Chalmeta Verdejo).



Figura 1. Corte transversal: dilatación aneurismática arteria poplítea con trombo en su interior.



Figura 2. Corte transversal Doppler color.

Se trata de un paciente fumador activo de 20 cigarrillos/día y con cardiopatía isquémica crónica. En una revisión habitual refiere la aparición de una tumoración dolorosa en el hueso poplíteo derecho, cuyo dolor se incrementa con la bipedestación prolongada. En la exploración física se objetivó una tumoración centro-medial no pulsátil en el hueso poplíteo y se sospechó la existencia de un quiste de Baker.

Para confirmar el diagnóstico clínico se practicó una ecografía con un equipo de ultrasonidos GE Logiq 9, cuyo *software* permite una aplicación de imagen panorámica (LOGIQview) utilizando una sonda lineal de 9-12 MHz. En el estudio ecográfico se observó una dilatación aneurismática de la arteria femoral superficial de 2 cm y de la arteria poplítea de 2,33 cm en el miembro inferior derecho con oclusión poplíteo distal (figs. 1-3).

Discusión

La arteria poplítea⁶ es la localización más frecuente de los aneurismas de las arterias periféricas. Suelen aparecer en varones con edades comprendidas entre los 60 y los 70 años y con frecuencia se asocia a aneurismas aortoiliacos. Su característica más importante es la evolución hacia la complicación isquémica, independientemente de su diámetro. Se estima que la precisión del examen físico en su diagnóstico es sólo del 50%, porque los aneurismas pequeños no son palpables y, al igual que en nuestro caso, no siempre

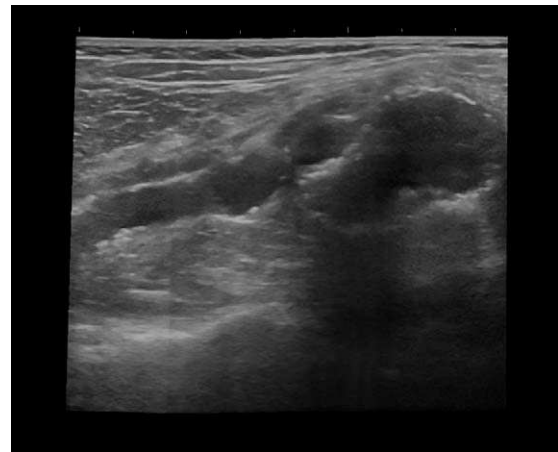


Figura 3. Modo Logiqview (visión panorámica): aneurisma poplíteo y aneurisma femoral.

son pulsátiles. La ecografía⁷ ha demostrado ser superior al examen físico e, incluso, a la arteriografía, ya que muchos aneurismas no pueden detectarse por angiografía por estar ocupados por trombos. La ecografía permite visualizar tanto las paredes del aneurisma como sus trombos internos. Se ha demostrado, además, que el tamaño y la extensión ecográfica del aneurisma se correlacionan muy bien con los hallazgos quirúrgicos. Frente a la ecografía, la arteriografía no es capaz de mostrar las áreas del aneurisma ocupadas por trombos y suele subestimar el tamaño de los aneurismas, y el examen físico suele sobreestimarlos por la grasa presente en el hueso poplíteo. La ecografía supera tales limitaciones y, además, permite diferenciar los aneurismas de otras masas en el hueso poplíteo frecuentes en pacientes con enfermedades inflamatorias articulares, como el quiste de Baker.

Conclusiones

La exploración física resulta insuficiente para diferenciar el quiste de Baker de los aneurismas poplíteos, ya que no siempre aparecen como masas pulsátiles. La ecografía musculoesquelética, con el apoyo del Doppler-color, es la técnica de elección en el diagnóstico diferencial entre ambas lesiones tumorales del hueso poplíteo por lo que debería ser accesible al reumatólogo en su práctica clínica habitual.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. De Miguel E, Cobo T, Martín-Mola M. Quiste de Baker: prevalencia y enfermedades asociadas. *Rev Esp Reumatol.* 2004;31:538-42.
2. Wigley RD. Popliteal cysts: variations on a theme of Baker. *Semin Arthritis Rheum.* 1982;12:1-10.
3. Kane D, Balint PV, Sturrock RD. Ultrasonography is superior to clinical examination in the detection and localization of knee joint effusion in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol.* 2003;30:966-71.
4. Silvestre A, Arguelles F, Maldonado L, Zaragoza V. La ecografía de partes blandas como técnica diagnóstica de los quistes poplíteos. *Rev Esp Cir Ost.* 1991;26:153-8.
5. Kane D, Balint PV, Gibney R, Bresnihan B, Sturrock RD. Differential diagnosis of calf pain with musculoskeletal ultrasound imaging. *Ann Rheum Dis.* 2004;63:11-4.
6. Wain RA, Hines G. A contemporary review of popliteal artery aneurysms. *Cardiol Rev.* 2007;15:102-7.
7. Weiner SN, Hoffman J, Bernstein RG, Koenigsberg M. The value of ultrasound in the diagnosis of popliteal artery aneurysms. *Angiology.* 1983;34:418-27.