

Pseudotrombosis venosa profunda de miembro inferior secundaria a quiste de Baker roto

J.M. Calvo Romero^a y E.M. Lima Rodríguez^b

^aEspecialista en Medicina Interna. Hospital de Zafra. Zafra. Badajoz.

^bEspecialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Perpetuo Socorro. Badajoz.

Presentamos un varón de 43 años con un cuadro de 3 días de dolor y tumefacción del miembro inferior derecho sin traumatismo previo, sospechoso de trombosis venosa profunda. La ecografía-doppler y la resonancia magnética del miembro inferior derecho demostraron la ausencia de datos de trombosis venosa profunda y una colección quística poplíteica que se extendía a la región gemelar compatible con quiste de Baker (poplíteo) roto. La evolución fue favorable con tratamiento conservador.

Palabras clave: pseudotrombosis, quiste de Baker, quiste poplíteo.

We present a 43 year old man with a 3 day history of pain and swelling in the right leg without previous trauma, suspected of deep vein thrombosis. The Doppler-ultrasonography and magnetic resonance imaging of the right leg showed no data of deep vein thrombosis and a popliteal cystic collection extending to the calf consistent with a ruptured Baker's (popliteal) cyst. The outcome was favorable with conservative treatment.

Key words: pseudothrombosis, Baker's cyst, popliteal cyst.

INTRODUCCIÓN

El quiste de Baker o quiste poplíteo es relativamente frecuente y en muchos casos se asocia a patología articular de la rodilla^{1,2}. Consiste en una colección líquida debida a la distensión de la bursa posteromedial, situada entre los tendones de los músculos semimembranoso y gemelo interno de la articulación de la rodilla que habitualmente comunica con la cavidad articular. En la mayoría de los casos es asintomático^{1,2}. La rotura es la complicación más frecuente¹⁻⁵, y en algunos casos puede simular una trombosis venosa profunda⁶⁻⁸. Presentamos el caso de un varón con un cuadro sospechoso de trombosis venosa profunda del miembro inferior derecho en el que las pruebas de imagen demostraron un quiste de Baker (poplíteo) roto.

CASO CLÍNICO

Varón de 43 años sin antecedentes de interés que consulta por un cuadro de 3 días de dolor y tumefacción en el miembro inferior derecho sin traumatismo previo. La exploración física reveló una tensión arterial de 125/85 mmHg, una frecuencia cardíaca de 80 latidos por minu-

to, una temperatura de 36,2 °C y tumefacción con dolor a la palpación de la región poplíteica y gemelar del miembro inferior derecho con distensión venosa superficial y signo de Homan positivo. Los datos analíticos más relevantes fueron: hemoglobina 13,1 mg/dl, hematocrito 39%, creatinina 0,9 mg/dl, leucocitos 8.400/mm³, plaquetas 212.000/mm³, actividad de protrombina del 100% y dímero-D (técnica de aglutinación látex) negativo. Una ecografía-doppler del miembro inferior derecho reveló unas venas colapsables a la presión sin defectos de repleción y con flujos normales, y una colección quística en la región poplíteica con extensión a la región gemelar de 7 × 5 cm. La resonancia magnética del miembro inferior derecho (figs. 1 y 2) mostró unas venas normales, ausencia de patología articular de la rodilla y una colección quística con tabicaciones internas en la región poplíteica con extensión a la región gemelar de 7 × 5 cm hiperintensa en las secuencias potenciadas en T2 e hipointensa en las secuencias potenciadas en T1. La evolución fue favorable con tratamiento conservador (reposo relativo y ketorolaco).

DISCUSIÓN

Los hallazgos en las pruebas de imagen (ecografía-doppler y resonancia magnética) en nuestro paciente son compatibles con un quiste de Baker (poplíteo) roto y descartaron trombosis venosa profunda. El quiste de Baker puede es-

Correspondencia: J.M. Calvo Romero

C/ Sergio Luna 15, 2.º A.

06010 Badajoz.

Correo electrónico: jmcromero@eresmas.com

Recibido el 01-04-04; aceptado para su publicación el 18-10-04.



Figura 1. Resonancia magnética (imagen sagital con secuencia potenciada en T2): colección hiperintensa (flecha) en la región poplítea con extensión a la región gemelar.

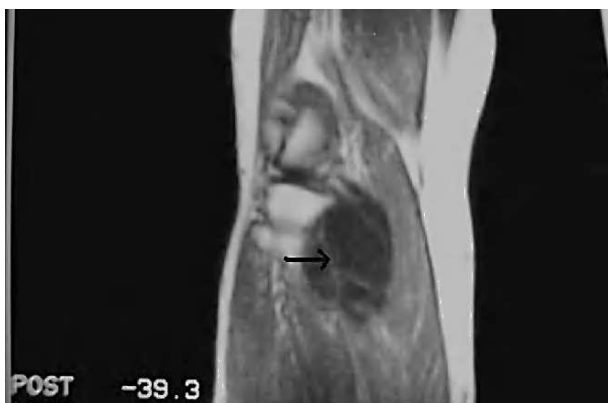


Figura 2. Resonancia magnética (imagen coronal con secuencia potenciada en T1): colección hipointensa (flecha) con tabicaciones internas en la región poplítea con extensión a la región gemelar.

tar presente en una parte importante de la población (hasta en el 50%) y asociarse o no a patología articular de la rodilla¹⁻⁵. En nuestro paciente no se observó patología articular. Las patologías articulares de la rodilla más frecuentemente asociadas a la presencia de quiste de Baker son las lesiones de menisco, condrales y del ligamento cruzado anterior¹⁻⁵. La rotura de un quiste de Baker da lugar a la extravasación de su contenido líquido a partes blandas con la consiguiente tumefacción de las regiones poplítea y gemelar, pudiendo simular una trombosis venosa profunda u otras entidades como la celulitis o un hematoma. La posibilidad de que un quiste de Baker roto se presente con síntomas y signos sugestivos de trombosis venosa profunda ha sido descrita en la literatura con el nombre de pseudotrombosis o pseudotromboflebitis⁶⁻⁸. También pueden coexistir una trombosis venosa profunda y un quiste de Baker roto⁹. Por ello, ante la sospecha clínica siempre debería valorarse mediante pruebas de imagen el sistema venoso profundo.

La ecografía-doppler es la prueba diagnóstica inicial recomendada, ya que permite valorar el sistema venoso pro-

fundo, así como detectar un posible quiste de Baker¹⁰. No obstante, la resonancia magnética es superior a la ecografía en el estudio de un posible quiste de Baker, ya que permite una mejor definición e identificar posibles lesiones articulares¹¹. El dímero-D es un producto de degradación de la fibrina cuya determinación ha demostrado una alta sensibilidad y valor predictivo negativo, aunque algo variable según el método de determinación, en el diagnóstico de la trombosis venosa profunda¹². Un dímero-D negativo, como ocurrió en nuestro paciente, es un argumento fuerte en contra de la existencia de una trombosis venosa profunda.

Un correcto diagnóstico es importante, ya que la anticoagulación instaurada por la sospecha de una trombosis venosa profunda en un paciente con un quiste de Baker roto podría dar lugar a un hematoma. El tratamiento conservador del quiste de Baker roto (reposo relativo y antiinflamatorios no esteroideos) suele ser suficiente. La punción-aspiración del contenido del quiste seguida de la inyección de corticoides puede ser una opción terapéutica en los casos sin respuesta al tratamiento conservador; la extirpación quirúrgica raramente es necesaria¹.

En conclusión, debemos tener en cuenta la posibilidad de un quiste de Baker roto en el diagnóstico diferencial de los pacientes con sospecha de trombosis venosa profunda de miembros inferior exista o no patología articular de la rodilla asociada.

BIBLIOGRAFÍA

- Handy JR. Popliteal cysts in adults: a review. *Semin Arthritis Rheum.* 2001;31:108-18.
- Sansone V, de Ponti A, Paluello GM, del Maschio A. Popliteal cysts and associated disorders of the knee. Critical review with MR imaging. *Int Orthop.* 1995;19:275-9.
- Mollá Olmos E, Martí-Bonmatí L, Llombart Ais R, Dosdà Muñoz R. Prevalencia y características de las complicaciones de los quistes de Baker. *Rev Clin Esp.* 2001;201:179-83.
- Simpson FG, Robinson PJ, Bark M, Losowsky MS. Prospective study of thrombophlebitis and "pseudothrombophlebitis". *Lancet.* 1980;1:331-3.
- Chaudhuri R, Salari R. Baker's cyst simulating deep vein thrombosis. *Clin Radiol.* 1990;41:400-4.
- Prescott SM, Pearl JE, Tikoff G. Pseudo-pseudothrombophlebitis: ruptured popliteal cyst with deep venous thrombosis. *N Engl J Med.* 1978;299:1192-3.
- Adams J, Yulich J, Bergin J. Ruptured Baker's cyst simulating thrombophlebitis. *JAMA.* 1979;241:358.
- Volteas SK, Labropoulos N, Leon M, Kalodiki E, Nicolaides AN. Incidence of ruptured Baker's cyst among patients with symptoms of deep vein thrombosis. *Br J Surg.* 1997;84:342.
- Lazarus ML, Ray CE Jr, Maniquis CG. MRI findings of concurrent acute DVT and dissecting popliteal cyst. *Magn Reson Imaging.* 1994;12:155-8.
- Langsfeld M, Matteson B, Johnson W, Wascher D, Goodnough J, Weinstein E. Baker's cysts mimicking the symptoms of deep vein thrombosis: diagnosis with venous duplex scanning. *J Vasc Surg.* 1997;25:658-62.
- Ward EE, Jacobson JA, Fessell DP, Hayes CW, van Holsbeeck M. Sonographic detection of Baker's cysts: comparison with MR imaging. *AJR.* 2001;176:373-80.
- Frost SD, Brotman DJ, Michota FA. Rational use of D-dimer measurement to exclude acute venous thromboembolic disease. *Mayo Clin Proc.* 2003;78:1385-91.