

Enfermedad quística adventicial de la arteria poplítea: a propósito de un caso

Sr. Director de Radiología:

Presentamos el caso de un varón de 39 años, sin antecedentes personales de interés, con claudicación intermitente de la pantorrilla izquierda de dos días, con limitación al caminar 100 metros.

La tomografía computarizada (TC) de miembros inferiores (figs. 1 y 2) mostró una lesión quística ovoidea, con contornos regulares y bien definidos (flecha), con mínima captación de contraste en su pared, adyacente a la vertiente lateral de la arteria poplítea izquierda, en su segunda porción, produciendo estenosis. No existían cambios arterioscleróticos.

Se practicó quistectomía y *by-pass* con vena autóloga.

La histología correspondía a enfermedad quística adventicial de la arteria poplítea.



Fig. 1. TC de miembros inferiores tras administración de contraste intravenoso reconstrucción 3D. Se observa compresión extrínseca de arteria poplítea izquierda (flechas) que produce el "signo de la cimitarra" por la marcada estenosis de la arteria.



Fig. 2. TC de miembros inferiores tras administración de contraste intravenoso, reconstrucción coronal, donde se observa una lesión quística (flecha blanca) de morfología ovoidea, que produce marcada estenosis de la segunda porción de la arteria poplítea izquierda.

En 1947 Atkins y Key describieron esta enfermedad por primera vez, estando afecta la arteria iliaca externa¹.

Es una causa infrecuente de síntomas isquémicos del miembro inferior, de etiología desconocida. Posee una incidencia de 1 de cada 1.200 casos de claudicación, representando el 0,1% de las enfermedades vasculares¹.

Afecta más a varones que a mujeres, en proporción 1,5:1. La edad de presentación en varones está entre los 40 y 50 años, con casos descritos en pacientes de 10 y 77 años. En las mujeres esta entidad aparece en la sexta década de la vida^{1,2}.

La localización más frecuente es la arteria poplítea (85% de los casos), habiéndose descrito en la arteria iliaca externa, en la femoral común, la radial y la cubital¹⁻⁴. Suele ser de localización única, aunque se ha comunicado un caso con afectación bilateral de la arteria poplítea².

Se presenta con un inicio súbito de claudicación intermitente, pero raramente cursa con parestesias, frialdad de miembro o dolor en reposo. A veces se presenta como masa de partes blandas¹⁻⁴.

La ecografía doppler color determinará una estenosis arterial con una masa quística sin flujo en la pared del vaso. El quiste puede mostrarse anecoico o hipocóico, según su contenido^{3,4}.

La TC y la resonancia magnética (RM) mostrarán uno o múltiples quistes en la pared arterial, produciendo estenosis, e informarán de la relación con las estruc-

turas vecinas y la ausencia de lesiones ateromatosas^{1,2,4}.

La arteriografía mostrará una estenosis de la luz del vaso, que suele localizarse en su porción media, con una longitud de entre 1 y 8 cm. No existe desviación medial de la arteria. El vaso está libre de lesiones de ateromatosis^{1,3,4}.

El diagnóstico diferencial deberá incluir: estenosis por ateromatosis, con las lesiones características de esta entidad; síndrome de atrapamiento de arteria poplítea, en el que son típicos el desplazamiento medial de la arteria, su relación con estructuras vecinas y una variación de la estenosis con los movimientos del pie; embolia arterial con dolor de reposo, palidez, ausencia de pulsos, parestesias, parálisis y en la imagen una interrupción brusca del vaso, produciendo el "signo del menisco". La historia clínica y la ecografía son suficientes para descartar compresión arterial por hematoma o por quiste de Baker¹⁻⁵.

No hay acuerdo con respecto al tratamiento; la evacuación quirúrgica del quiste manteniendo la arteria nativa es el preferido. Si no se puede conservar la arteria nativa se recomienda realizar *bypass* con vena autóloga^{1,2}.

5. Chew FS, Bui-Mansfield LT. Imaging popliteal artery disease in young adults with claudication: self assessment module. *AJR Am J Roentgenol.* 2007;189:S13-S6.

J.M. Sanchis García, J. Palmero
da Cruz, J. Guijarro Rosaleny
y J. Gil Romero

*Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital
Clínico Universitario de Valencia. España.*

BIBLIOGRAFÍA

1. Wright LB, Matchett WJ, Cruz CP, James CA, Culp WC, Eidt JF, et al. Popliteal artery disease: diagnosis and treatment. *Radiographics.* 2004;24:467-79.
2. Ortiz M WR, Lopera JE, Jiménez CR, Restrepo S, Moncada R, Castañeda-Zúñiga WR. Bilateral adventitial cystic disease of the popliteal artery: a case report. *Cardiovasc Intervent Radiol.* 2006;29:306-10.
3. Brodmann M, Stark G, Pabst E, Seinost G, Schweiger W, Szolar D, et al. Cystic adventitial degeneration of the popliteal artery-the diagnostic value of duplex sonography. *Eur J Radiol.* 2001;38:209-12.
4. Peterson JJ, Kransdorf MJ, Bancroft LW, Murphey MD. Imaging characteristics of cystic adventitial disease of the peripheral arteries: presentation as soft tissue masses. *AJR Am J Roentgenol.* 2003;180:621-5.