



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

216/71 - LAS APARIENCIAS ENGAÑAN...

C.A. Reyes Mateo^a, A.M. González Pedraja^a, M.P. Carlos González^b, M.M. San Emeterio Barragán^c, M. Seco Calderón^d y A. Vázquez Sánchez^a

^aMédico de Familia. Servicio Cántabro de Salud. Santander. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. ^cMédico de Familia. SUAP Castro Urdiales. Santander. ^dMédico de Familia. CS General Dávila. Santander.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 58 años con AP hepatopatía crónica OH. Acude al SUAP por gonalgia izquierda de 5 meses con empeoramiento en los últimos 3 meses, en tratamiento con tramadol. En la exploración: se observó un aumento del perímetro de la pierna izquierda, tumefacción, dolor a la palpación de tercio proximal y limitación funcional, tras la valoración se decide remitir para estudio.

Exploración y pruebas complementarias: Leucocitos 11,8 fórmula normal plaquetas 213 GGT 60, PCR 3,6, dímero D 5.697. Rx rodilla izquierda: se observa la presencia de signos degenerativos femoropatelares bilaterales, así como un aumento de partes blandas en la cara posterior de la rodilla izquierda. Ecografía: a nivel de hueso poplíteo se objetiva una lesión anecoica que se extiende hasta la región medial inferior de la región gemelar ipsilateral de morfología ovoidea, de 19 × 6 cm, sugestivas de quiste de Baker complicado sin signos de rotura. No hay TVP.

Juicio clínico: Quiste de Baker complicado.

Diagnóstico diferencial: Neurofibromaneurilomas, lipomas fibromas, tofo gotoso, adenomegalías, aneurisma de la arteria poplíteo, pseudo-aneurisma poplíteo, Fístulas arterio-venosas, aneurismas venosos, venas varicosas, cavernomas posquirúrgicos, tromboflebitis, aneurisma micótico. Coccidioideomicosis y quistes asociados con linfomas.

Comentario final: Los quistes sinoviales de la rodilla pueden aparecer a cualquier edad y en dos tercios de los casos existe comunicación con la cavidad articular localizados entre los músculos semimembranoso por dentro y gemelo interno por fuera, en general, pueden prolongarse hacia abajo, llegar a las masas musculares gemelares y dar lugar a compresiones vasculares y nerviosas. Los quistes del hueso poplíteo se forman a expensas de líquido sinovial originado reactivamente en el contexto de una enfermedad osteoarticular crónica degenerativa (artrosis) o por reumatismos inflamatorios, fundamentalmente la artritis reumatoide. También están asociados a traumatismos, como lesiones meniscales o ligamentosas agudas. El diagnóstico se basa en la sospecha clínica y se confirma con la ecografía y la artrografía. La complicación más frecuentemente es la disección y posterior rotura del quiste cuando aparece la clínica es indistinguible de la TVP. Si no es concluyente, se debe realizar una flebografía para descartar definitivamente la TVP, el tratamiento

del quiste de Baker complicado consiste en reposo, AINEs y con posibilidad de infiltraciones de corticoides y eventual drenaje del líquido en caso de un quiste de gran tamaño. Aquí radica la importancia de diferenciarlo de la TVP, pues la anticoagulación con heparina en la rotura del quiste de Baker está contraindicada. Fomentar y adecuar en AP uso del ecógrafo haría que casos como este se pudiesen beneficiar de diagnóstico precoz, acortado así la sintomatología y limitaciones funcionales que padecen estos paciente hasta que son diagnosticados y tratados eficazmente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abid A, Kelley JF, Flemming DJ, Silvis ML A young male runner with a posterior knee mass-not just your typical Baker's cyst. *BMJ Case Rep.* 2016; pii: bcr2015213750.
2. Perdikakis E, Skiadas V. MRI characteristics of cysts and "cyst-like" lesions in and around the knee: what the radiologist needs to know. *Insights Imaging.* 2013;4:257-72.