



IMÁGENES EN MEDICINA DE FAMILIA

Síndrome de atrapamiento de la arteria poplítea secundario a osteocondroma tibial como causa poco frecuente de claudicación intermitente

Popliteal artery entrapment syndrome secondary to tibial osteochondroma as a rare cause of intermittent claudication

S. López-Domínguez^{a,*} y J.J. Gómez-Herrera^b

^a Medicina de Familia, Hospital Nuestra Señora del Prado; Medicina de Familia-Atención Primaria, Talavera de la Reina, Toledo, España

^b Área de Radiodiagnóstico, Departamento de Radiología, Hospital Nuestra Señora del Prado, Talavera de la Reina, Toledo, España

Caso clínico

Paciente varón de 22 años, sin antecedentes personales de interés, que acudió al médico de familia por presentar claudicación intermitente de 100 metros en el miembro inferior derecho de un año de evolución, con empeoramiento progresivo. Al examen físico presentaba dolor en el antepié derecho irradiado a la zona pretibial con dorsiflexión del pie y un bulto doloroso palpable en el hueco poplíteo derecho. Los pulsos pedio y de la arteria tibial posterior derechos estaban disminuidos.

Los análisis de sangre fueron normales. Como pruebas de imagen complementarias, una radiografía simple de rodilla mostró un osteocondroma en la cara posterolateral de la tibia (fig. 1A). La ecografía solo reveló una arteria poplítea permeable pero adelgazada adyacente al osteocondroma (fig. 1B). Ante la sospecha de compresión de la arteria poplítea, el paciente fue derivado al Servicio de Cirugía Vascul. La resonancia magnética nuclear (RMN) y la angiografía por tomografía computarizada (TC) confirmaron la

existencia de compresión y estenosis de la segunda y tercera porción de la arteria poplítea derecha por el osteocondroma (fig. 2A,B). Se estableció el diagnóstico definitivo de síndrome de atrapamiento de la arteria poplítea (*popliteal artery entrapment syndrome* [PAES]) secundario a osteocondroma de metáfisis tibial. Finalmente el osteocondroma fue resecado y actualmente el paciente se encuentra asintomático.

Comentario

El PAES generalmente se debe a la compresión de la arteria poplítea por estructuras musculotendinosas de la fosa poplítea, principalmente los músculos gastrocnemios o los músculos poplíteos accesorios, siendo extremadamente raras otras causas de compresión arterial en esta localización^{1,2}. Ocurre con mayor frecuencia en deportistas, adolescentes y jóvenes, especialmente cuando los síntomas se inician con una rutina de ejercicio físico intenso¹.

Clínicamente se caracteriza por dolor local en la pantorrilla, con presencia de masa poplítea dolorosa, palidez, parestesias y claudicación del miembro inferior, esta última exacerbada por el ejercicio físico^{1,3}. Las complicaciones vasculares incluyen estenosis, oclusión, trombosis, fístula arteriovenosa y, con menor frecuencia, pseudoaneurisma

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: silvialopdom@gmail.com
(S. López-Domínguez).

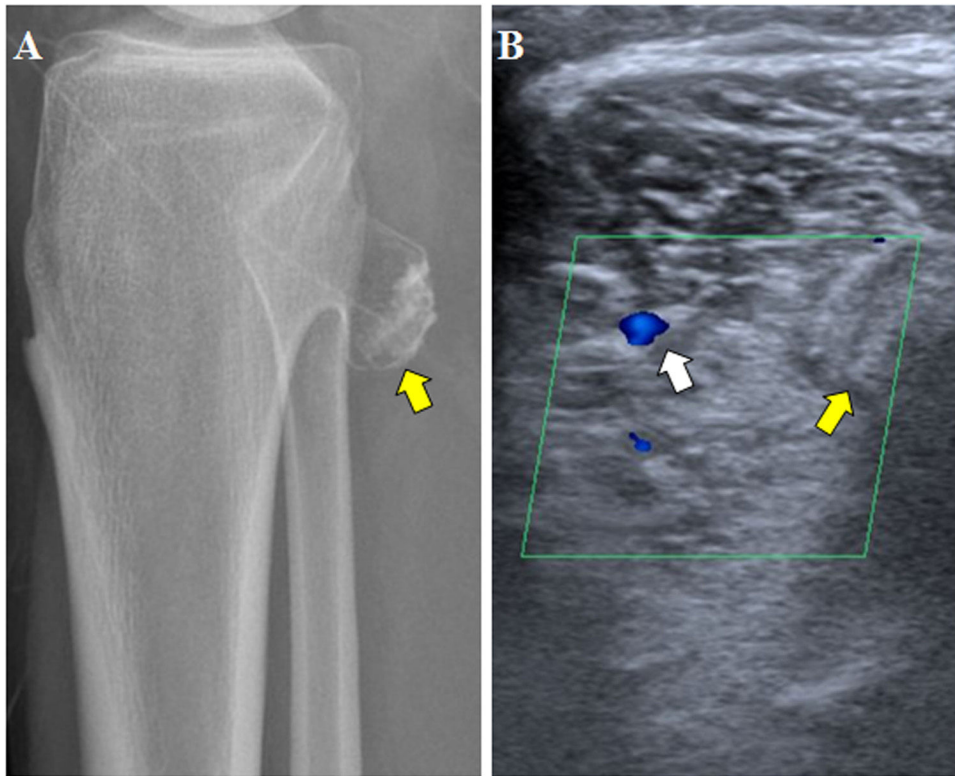


Figura 1 A) Radiografía simple de rodilla derecha, proyección lateral. Osteocondroma dependiente del margen posterolateral de la metáfisis tibial (flecha amarilla). B) Ecografía de hueco poplíteo derecho. Calibre disminuido de la arteria poplítea (flecha blanca) en su tramo adyacente al osteocondroma (flecha amarilla).

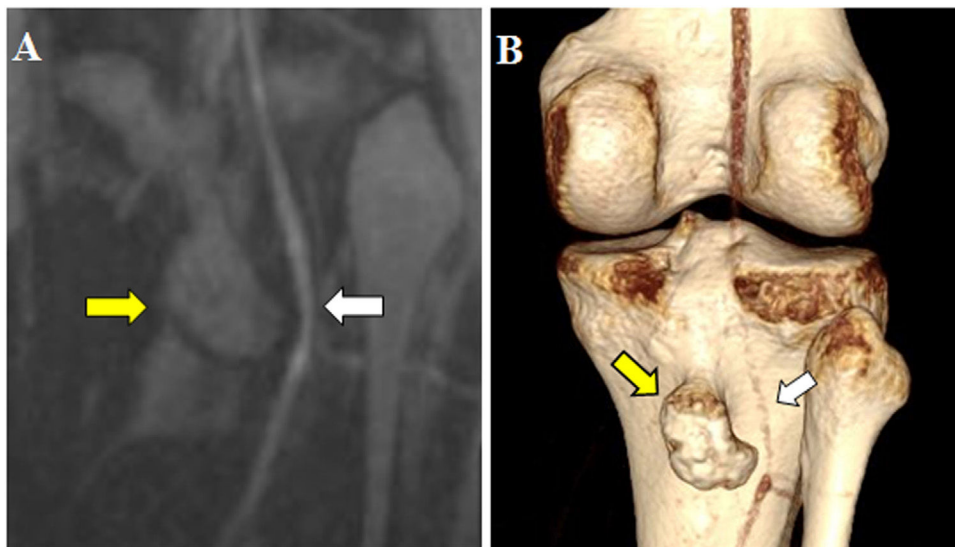


Figura 2 A) Imagen de resonancia magnética de la rodilla derecha en secuencia coronal posterior, mostrando la impronta del osteocondroma (flecha amarilla) sobre la arteria poplítea (flecha blanca). B) Angiografía por TC, reconstrucción volumétrica 3D, vista posterior. Arteria poplítea derecha prácticamente imperceptible (flecha blanca) en contacto con el osteocondroma (flecha amarilla).

de la arteria poplítea³. La ecografía Doppler puede detectar estas alteraciones vasculares, si bien la RMN o la angio-TC son las técnicas de elección para planificar el tratamiento⁴. El principal diagnóstico diferencial es la

claudicación por arteriopatía periférica (más frecuente en adultos con factores de riesgo cardiovascular)³, aunque el síndrome compartimental crónico de esfuerzo, trastornos neuromusculares o neurológicos (p.ej., hernia de disco),

el síndrome de atrapamiento del nervio peroneo, fracturas por estrés de la tibia y el peroné, la enfermedad de Buerger (tromboangeítis obliterante), trastornos metabólicos y síndromes de dolor referido también pueden imitarlo. El tratamiento del PAES es quirúrgico, habitualmente con resección de la porción muscular que comprime la arteria, y en ocasiones requiere tratamiento endovascular de las complicaciones arteriales³.

Los osteocondromas son tumores óseos benignos, generalmente asintomáticos. En ocasiones pueden comprimir estructuras musculares, nerviosas o vasculares adyacentes², fracturarse, causar deformidad ósea o incluso, muy raramente, transformarse en un tumor maligno. Su diagnóstico suele realizarse mediante radiografía simple, donde se observa la característica lesión exofítica pedunculada, cuya cortical y medular se continúan con las del hueso del que depende (fig. 1A). El tratamiento, cuando los osteocondromas son sintomáticos, es la cirugía resectiva².

La identificación precoz del PAES mediante una adecuada anamnesis y exploración física, así como la solicitud de pruebas de imagen adecuadas, mejora el pronóstico al evitar retrasos en el diagnóstico y, por tanto, complicaciones potencialmente graves para el paciente, intervenciones endovasculares y estancia hospitalaria innecesaria.

Consentimiento informado

Se ha obtenido el consentimiento del paciente y se han seguido los protocolos del centro de trabajo sobre tratamiento de la información de los pacientes.

Financiación

Ninguna.

Autoría

Todos los autores han hecho contribuciones sustanciales en cada uno de los siguientes aspectos:

Silvia López-Domínguez: concepción y diseño del estudio, adquisición de datos, análisis e interpretación de los datos, redacción del borrador del artículo y aprobación definitiva de la versión que se presenta.

Juan-Jesús Gómez-Herrera: concepción y diseño del estudio, análisis e interpretación de los datos, revisión crítica del contenido intelectual del artículo y aprobación definitiva de la versión que se presenta.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Hislop M, Kennedy D, Cramp B, Dhupelia S. Functional popliteal artery entrapment syndrome: Poorly understood and frequently missed? A review of clinical features, appropriate investigations, and treatment options. *J Sports Med (Hindawi Publ Corp)*. 2014;2014:105953, <http://dx.doi.org/10.1155/2014/105953>.
2. Mihoubi M, Sayed W, Barkallah O, Mbarek M. Popliteal artery entrapment syndrome secondary to a femoral osteochondroma. *Tunis Med*. 2020;98:1039–41. PMID: 33480009.
3. Lovelock T, Claydon M, Dean A. Functional popliteal artery entrapment syndrome: An approach to diagnosis and management. *Int J Sports Med*. 2021;42:1159–66, <http://dx.doi.org/10.1055/a-1524-1703>.
4. Torella F, Lam K, Neequaye S, McWilliams RG. Cross-sectional imaging of popliteal artery entrapment syndrome. *J Vasc Surg Cases Innov Tech*. 2021;7:741–2, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jvscit.2021.09.012>.