

Varón 66 años con dolor y tumefacción pierna izquierda

Cad Aten Primaria
Año 2014
Volume 20
Páx. 96-97

Lara Gestoso do Porto, Patricia Luengo González.

Médicos Especialistas en Medicina Física y Rehabilitación. Hospital Comarcal Valdeorras. O Barco de Valdeorras. Ourense.

Palabras clave: Baker, ciático popliteo externo, paresia.

INTRODUCCIÓN

Varón 66 años, con antecedente de HTA, DM tipo II y Cardiopatía isquémica. Intervenido de hernia discal lumbar. Está jubilado, con vida basal activa.

Acude a urgencias por haberse despertado la misma mañana con cuadro de dolor en pierna derecha, acompañado de tumefacción y leve limitación funcional para flexión de rodilla derecha. No ha tenido traumatismos previos, ni ha realizado esfuerzos excesivos en los últimos días.

Además refiere desde hace unas horas, dificultad para mover el pie izdo, fundamentalmente para la dorsiflexión.

CUESTIONES

1. ¿Qué pruebas diagnósticas solicitarías?

- a) Rx rodilla
- b) Eco-doppler MII
- c) Analítica general
- d) Ecografía simple

2. ¿Cuál es a tu juicio el diagnóstico acertado?

- a) TVP aguda
- b) Paresia CPE tras rotura quiste de Baker
- c) Paresia CPE por compresión
- d) Neuropatía diabética + TVP

Correspondencia

Lara Gestoso do Porto.

Mail: larages@hotmail.com. Tlfno de contacto: 630748107
Hospital Comarcal Valdeorras, Avd. Conde Fenosa, S/N. 32300.
O Barco de Valdeorras, Ourense.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de este paciente es rotura aguda de quiste de Baker con compresión de Nervio CPE y paresia secundaria del mismo.

EXPLICACIÓN FINAL

El Quiste de Baker es una acumulación de líquido articular (líquido sinovial) que se forma detrás de la rodilla. También llamado quiste poplíteo.

Causas, incidencia y factores de riesgo

El quiste se puede formar por la conexión de una bolsa normal (un saco normal con líquido lubricante) con la articulación de la rodilla y es más común en niños.

Esta afección también puede ser causada por una hernia de la cápsula de la articulación de la rodilla en su parte posterior y es más común en adultos. Este tipo de quiste de Baker se asocia con más frecuencia a ruptura de meniscos en la rodilla y, en las personas de edad avanzada, con frecuencia está asociada con artritis degenerativa de la rodilla.

Síntomas

Puede haber inflamación dolorosa o indolora detrás de la rodilla.

El quiste se puede sentir como un globo lleno de agua.

Ocasionalmente, el quiste se puede romper y causar dolor, inflamación y hematoma en la parte posterior de la rodilla y la pantorrilla.

Es muy importante establecer la diferencia entre un quiste de Baker roto y un coágulo de sangre (trombosis venosa profunda), que también pueden ocasionar dolor, hinchazón y hematoma en la parte posterior de la rodilla y la pantorrilla. Para el diagnóstico diferencial se debe solicitar un Eco-doppler que descartará la TVP.

Signos y exámenes

En el examen físico, se busca una masa suave en la parte posterior de

la rodilla. Si el quiste es pequeño, puede servir el hecho de comparar las dos rodillas. Puede haber limitación en el rango de movimiento por el dolor o el tamaño del quiste y, en algunos casos, se presentan signos y síntomas de ruptura de meniscos.

En las radiografías no aparece el quiste ni la ruptura de meniscos, pero aparecen otras anomalías que pueden estar presentes como la artrosis

Una RM puede ser útil para visualizar el quiste y mostrar cualquier lesión de meniscos.

Tratamiento

El tratamiento generalmente no es necesario y es suficiente la observación, pero si el quiste es doloroso, el tratamiento se enfoca a corregir el problema subyacente, como artritis o ruptura del menisco. La extirpación del quiste generalmente no se hace porque se puede causar daño a los vasos sanguíneos y nervios cercanos.

Algunas veces, un quiste se puede drenar si el líquido en su interior se ha vuelto sólido o con apariencia de gelatina.

Complicaciones

Las complicaciones no son comunes pero pueden incluir:

Dolor e inflamación prolongados

Complicaciones de lesiones asociadas, como la ruptura del menisco o la compresión del nervio CPE.

La lesión del nervio CPE se sospecha por la clínica:

1. Debilidad para la dorsiflexión del pie y para su eversión.
2. Pie equino varo (pie péndulo ó colgante)
3. Alteraciones de la sensibilidad del borde externo de la pierna, y del dorso del pie.

El diagnóstico de confirmación se realiza mediante ENMG.

Para el tratamiento del pie equino se remitirá al Servicio de Rehabilitación para inicio de tratamiento con electroterapia y cinesiterapia activo-asistida, así como para la prescripción de ortesis correctora antiequino.

Este caso nos resulta interesante debido a la poca frecuencia de esta complicación.

Nos parece importante resaltar la importancia de la historia clínica y la exploración física para el diagnóstico, ya que la realización de pruebas de imagen alargaría el proceso y podría provocar que se llegase a esta complicación.

De este modo, la resolución del primer médico evaluador (que muy probablemente puede ser el médico de atención primaria) es fundamental para evitar complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Jorge E. Sanchez, BS, Nicole Conkling, BA, BS, and Nicos Labropoulos. Compression syndromes of the popliteal neurovascular bundle due to Baker cyst. *J Vasc Surg.* 2011;54:1821-9.
- 2 D. Pescador Hernández, A. de Cabo Rodríguez y D. Borrego Ratero Lesión del nervio ciático poplíteo externo, asociado a lesiones del ligamento cruzado anterior y del ángulo posterolateral de la rodilla. *Rev esp cir ortop traumatol.* 2011;55(6):457-459.
- 3 Natarajan A, Amarvathi R, Philip B, Rozario A. Ruptured Baker's cyst simulating deep venous thrombosis. *Trop Doct.* 2003;32(2):106-7.
- 4 Klovning J, Beadle T. *J La State Med Soc.* 2007;159(1):43-4.