

# Ruptura de quist de Baker: un gran simulador

## » Autors

**Inmaculada Burgos Remacha, Juan Fernando Fernández Moyano, Julio José Navaz Tejero**

Metge/ssa de família, CAP Lepant

## » Correctors

Pere García i Xavier Mas

## » Correspondència

**Inmaculada Burgos Remacha**

Adreça electrònica: [ibr38991@yahoo.es](mailto:ibr38991@yahoo.es)

Publicat: 1 de març de 2010

<http://pub.bsalut.net/butlleti/vol28/iss1/2/>

Aquest es un article Open Access distribuït segons llicència de Creative Commons  
(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/>)

## INTRODUCCIÓ

El quist de Baker o quist popliti consisteix en una col·lecció líquida deguda a la distensió de la bossa posteromedial, situada entre els tendons dels músculs semimembranós i bessó intern de l'articulació del genoll que habitualment comunica amb la cavitat articular. És relativament freqüent i pot associar-se o no a patologia articular del genoll. No obstant això, la ruptura del quist popliti de Baker és més freqüent en aquells pacients que pateixen d'una artropatia inflamatòria subjacent, essent la més freqüent l'artritis reumatoide, encara que també s'ha descrit en alteracions no inflamatòries com l'artrosi, traumatismes i esquinçaments de menisc. La complicació més freqüent és la ruptura, donant lloc a l'extravasació del seu contingut líquid a parts toves amb la consegüent tumefacció de les regions poplítica i geminat, podent simular una trombosi venosa profunda o altres entitats com la cel·lulitis o un hematoma.

## DESCRIPCIÓ DEL CAS

Pacient de 58 anys amb antecedents d'obesitat, diabetis mellitus tipus 2 en tractament amb metformina i hipertensió arterial que tracta amb dieta.

Consulta per presentar de manera brusca dolor en genoll i tumefacció en zona del bessó esquerra sense traumatisme previ.

Exploració: afebril, tumefacció, dolor i edema en zona del bessó esquerra (**Figura 1**).

**Figura 1.** Extremitats inferiors amb edema en zona del bessó esquerra.



No envermelliment ni augment de temperatura local. Polsos perifèrics conservats. Signe de Homans negatiu. No es palpa quist popliti. Davant dubte diagnòstica de trombosi venosa profunda es remet a urgències per a la realització de proves complementàries. Analítica i D-dimero dins de la normalitat. Eco-doppler de membre inferior: descarta trombosi venosa profunda i informa d'imatge anecogènica compatible amb la sospita clínica de quist de Baker complicat. Ressonància magnètica: s'observa un contingut heterogeni, amb àrees hiperintenses en T1, compatible amb un quist de Baker complicat amb signes de sagnat intraquístic (**Figura 2**).

**Figura 2.** Ressonància magnètica



Es realitza tractament conservador con antiinflamatoris i repòs, resolent-se el quadre en unes setmanes.

## DISCUSSIÓ

La ruptura d'un quist de Baker dóna lloc a l'extravasació del seu contingut líquid a parts toves amb la consegüent tumefacció de les regions poplità i geminat, podent simular una trombosi venosa profunda o altres entitats com la cel·lulitis o un hematoma. La possibilitat que un quist de Baker trencat es presenti amb símptomes i signes suggestius de trombosi venosa profunda ha estat descrita en la literatura amb el nom de pseudotrombosi o pseudotromboflebitis <sup>1,2</sup>. La ecografia-doppler és la prova diagnòstica inicial recomanada, ja que permet valorar el sistema venós profund, així com detectar un

possible quist de Baker. No obstant, la ressonància magnètica és superior a l'ecografia en l'estudi d'un possible quist de Baker, ja que permet una millor definició i identificar possibles lesions articulars <sup>3,4</sup>. El tractament conservador del quist de Baker trencat (repòs relatiu i antiinflamatoris no esteroides) acostuma a ser suficient. La punció-aspiració del contingut del quist seguida de la injecció de corticoides pot ser una opció terapèutica en els casos sense resposta al tractament conservador; la extirpació quirúrgica rarament és necessària <sup>5</sup>.

En atenció primària és freqüent la consulta per dolor i tumefacció en un dels membres inferiors. Hem de tenir en compte les possibilitats d'un quist de Baker trencat en el diagnòstic diferencial dels pacients amb sospita de trombosi venosa profunda de membres inferiors, existeixi o no patologia articular de la genoll associada.

## BIBLIOGRAFIA

1. Volteas SK, Labropoulos N, Leon M, Kalodiki E, Nicolaidis AN. Incidence of ruptured Baker's cyst among patients with symptoms of deep vein thrombosis. *Br J Surg*. 1997;84:342
2. Molla Olmos E, Martí-Bonmatí L, Llombart Aís R, Dosa Muñoz R. Prevalencia y características de las complicaciones de los quistes de Baker. *Rev Clin Esp*. 2001;201:179-83.
3. Cobo, De Miguel E, Bonilla G, García Aparicio A, Hernández A, Martín Mola E. Patología asociada al quiste de Baker. *Rev Esp Reumatol* 2003; 30: S302.
4. 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.
5. Handy JR. Popliteal cysts in adults: a review. *Semin Arthritis Rheum*. 2001;31:108-18.