

# Rotura de quiste de Baker: un gran simulador

## » Autores

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

Médico/a de familia, CAP Lepant

## » Correctores

Pere García y Xavier Mas

## » Correspondencia

**Inmaculada Burgos Remacha**

Dirección electrónica: [ibr38991@yahoo.es](mailto:ibr38991@yahoo.es)

Publicado: 1 de marzo del 2010

**Butlletí 2010, 28:01**

Este es un artículo Open Access distribuido según licencia de Creative Commons  
(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/>)

## INTRODUCCIÓN

El quiste de Baker o quiste poplíteo consiste en una colección líquida debida a la distensión de la bursa posteromedial, situada entre los tendones de los músculos semimembranoso y gemelo interno de la articulación de la rodilla que habitualmente comunica con la cavidad articular. Es relativamente frecuente y puede asociarse o no a patología articular de la rodilla. Sin embargo, la rotura del quiste poplíteo de Baker es más frecuente en aquellos pacientes que sufren de una artropatía inflamatoria subyacente, siendo la más frecuente la artritis reumatoide, aunque también se ha descrito en alteraciones no inflamatorias como la artrosis, traumatismos y desgarros de menisco. La complicación más frecuente es la rotura, dando lugar a la extravasación de su contenido líquido a partes blandas con la consiguiente tumefacción de las regiones poplíteas y gemelares, pudiendo simular una trombosis venosa profunda u otras entidades como la celulitis o un hematoma.

## DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 58 años con antecedentes de obesidad, diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con metformina e hipertensión arterial que trata con dieta.

Consulta por presentar de manera brusca dolor en rodilla y tumefacción en zona gemelar izquierda sin traumatismo previo.

Exploración: afebril, tumefacción, dolor y edema en zona gemelar izquierda (**Figura 1**).

**Figura 1.** Extremidades inferiores con edema en zona gemelar izquierda.



No enrojecimiento ni aumento de temperatura local. Pulsos periféricos conservados. Signo de Homans negativo. No se palpa quiste poplíteo. Ante la duda diagnóstica de trombosis venosa profunda se remite a urgencias para realización de pruebas complementarias. Analítica y D-dimero dentro de la normalidad. Eco-doppler de miembro inferior: descarta trombosis venosa profunda e informa de imagen anecogénica compatible con la sospecha clínica de quiste de Baker complicado. Resonancia magnética: se observa un gran quiste de Baker de al menos 12x8x3 cm. que se extiende por la cara interna del gemelo interno, de paredes muy engrosadas de baja señal, tabicaciones y contenido heterogéneo, con áreas hiperintensas en T1, compatible con un quiste de Baker complicado con signos de sangrado intraquístico (**Figura 2**).

**Figura 2.** Resonancia magnética



Se realiza tratamiento conservador con antiinflamatorios y reposo, resolviéndose el cuadro en unas semanas.

## DISCUSIÓN

La rotura de un quiste de Baker da lugar a la extravasación de su contenido líquido a partes blandas con la consiguiente tumefacción de las regiones poplítea y gemelar, pudiendo simular una trombosis venosa profunda u otras entidades como la celulitis o un hematoma. La posibilidad de que un quiste de Baker roto se presente con síntomas y signos sugestivos de trombosis venosa profunda ha sido descrita en la literatura con el nombre de pseudotrombosis o pseudotromboflebitis <sup>1,2</sup>. La ecografía-doppler es la prueba diagnóstica inicial recomendada, ya que permite valorar el sistema venoso profundo, así como detectar un posible quiste de Baker. No obstante, la resonancia magnética es superior a la ecografía en el estudio de un posible quiste de Baker, ya que permite una mejor definición e identificar posibles lesiones articulares <sup>3,4</sup>. El tratamiento conservador del quiste de Baker roto (reposo relativo y antiinflamatorios no esteroideos) suele ser suficiente. La punción-aspiración del contenido del quiste seguida de la inyección de corticoides puede ser una opción terapéutica en los casos sin respuesta al tratamiento conservador; la extirpación quirúrgica raramente es necesaria <sup>5</sup>. En atención primaria es frecuente la consulta por dolor y tumefacción en uno de los miembros inferiores. Debemos de tener en cuenta las posibilidades de un quiste de Baker roto en el diagnóstico diferencial de los pacientes con sospecha de trombosis venosa profunda de miembros inferiores, exista o no patología articular de la rodilla asociada.

## BIBLIOGRAFÍA

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, Dosdá 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.