

Presencia de Quiste de Baker asociada a Patología Intraarticular

Dr. Celestino Deseda Guerrero*, Dr. William Añez Nava**, Dr. Franco Cordivani Maloni***

Dr. Celestino Deseda Guerrero, Dr. William Añez Nava, Dr. Franco Cordivani Maloni. **Presencia de Quiste de Baker asociada a Patología Intraarticular.**

Revista Venezolana de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Vol. 31, Nº 1, Marzo 1999.

RESUMEN

Este es un estudio retrospectivo donde se revisaron las historias de 2439 pacientes, entre diciembre 1994 y enero 1997 y se seleccionaron 56 que presentaron un quiste de Baker al examen físico se correlacionaron con su motivo de consulta, el examen físico y los hallazgos de patología intraarticular encontrados en el acto quirúrgico. Promedio de edad: 57 años (19-82 años). La presencia de plica sinoviales (25%) seguido de lesiones meniscales (19,6%) fueron los hallazgos más comunes intraarticulares.

PALABRAS CLAVE:

Quiste de Baker, Quiste Poplíteo, Plica sinovial, Septum, Lesiones meniscales, Hidrartrosis.

ABSTRACT

This is a retrospective study which reviewed 2439 records between December 94 and January 97. We selected 56 patients who have a Baker's cyst on physical examination. They were correlationated with anamnesis, physical examination and intrarticular pathology that was found in surgery act. The average age was 57 years (19-82 years). Intraarticular pathology more frequently found was synovial, plica, (25%) and meniscal tears (19,6%).

KEY WORDS

Baker cyst, popliteal cyst, plica meniscal lesions, hydrarthrosis.

Introducción

El objeto del presente estudio fue valorar la asociación que puede prevalecer entre la presencia del quiste de Baker y la existencia de patología intraarticular como lesiones meniscales, plicas sinoviales, septum, osteoartritis, etc.

Es bien conocido que generalmente la presencia de una masa en la fosa poplítea, que ha sido diagnosticada como quiste de Baker, tiende a ser menospreciada por el médico y no se le otorga ninguna significación en especial; desde la primera descripción de un quiste en la fosa poplítea en pacientes reumatológicos hecha por Adams en 1840¹ y luego por Baker en 1877² han pasado muchos años.

La naturaleza del quiste de Baker se mantenía desconocida y no fue hasta 1954 cuando Childress³ reconoció la presencia del quiste como consecuencia de una patología primaria de la rodilla; Rauschning⁴ hace una revisión exhaustiva de quistes sintomáticos y los correlaciona con patologías primarias: artritis reumatoidea, osteoartritis, gota, tuberculosis y efectos post-traumáticos de la rodilla.

La incidencia reportada de la presencia de quiste de Baker varía entre 5% y 58%, todos los estudios clínicos fueron realizados en pacientes sintomáticos con masas palpables, la amplia variación fue influenciada por ser diferentes grupos de pacientes y diferentes métodos de estudio en los mismos. Un 5% de pacientes con rodillas sintomáticas con una variedad de diagnósticos presentaron quistes poplíteos cuando se sometieron a resonancia magnética (RMN)⁵; 5% de pacientes con artritis reumatoidea sintomáticos presentaron quiste poplíteo al realizarles artrografía⁶. 33% de personal militar joven con rodillas dolorosas presentaron quiste poplíteo al ser sometidos a artrografía⁷.

Varios estudios reportan la comunicación entre el quiste de Baker y la cavidad articular de la rodilla, la

* Pediatra. Traumatología y Ortopedia infantil. Ex Fellow de la Unidad de Cirugía de la Rodilla. Instituto Médico La Floresta. Clínica Leopoldo Alguerrevere, Unidad Quirúrgica 57, Caracas.

** Traumatología y Ortopedia. Cirugía de la Rodilla. Director de la Unidad de Cirugía de la Rodilla. Instituto Médico La Floresta.

*** Traumatología y Ortopedia. Asociado de la Unidad de Cirugía de la Rodilla. Instituto Médico La Floresta. Caracas.

Aceptado Oct. 1997

incidencia varía entre 57% y 99%, los resultados difieren de la población estudiada y de la técnica usada para el diagnóstico; en disección sobre cadáveres se demostró la presencia de comunicación en 57% de 30 rodillas estudiadas⁸; cuando la RMN fue utilizada en rodillas sintomáticas se encontró que la comunicación se presentaba en el 99% de los casos⁵.

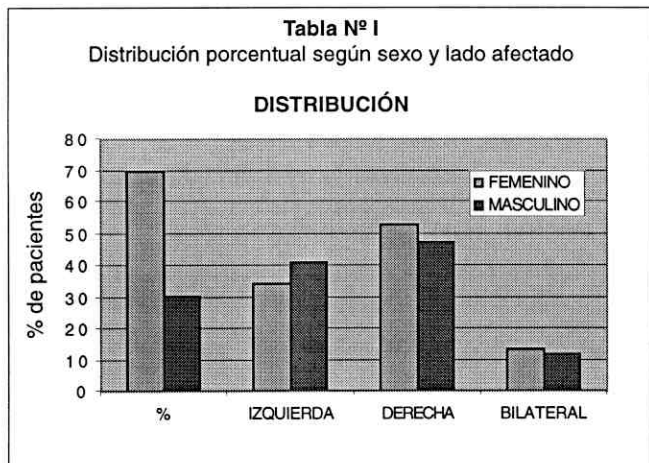
MATERIALES Y MÉTODOS

De manera retrospectiva, se evaluaron entre diciembre de 1994 y enero de 1997, 2.439 historias de la consulta de la unidad de cirugía de la rodilla del Instituto Médico La Floresta y de éstas se seleccionaron 56 pacientes (63 rodillas) en cuyo examen físico se hubiera encontrado un quiste de Baker en la zona poplítea, estas historias fueron analizadas en cuanto a su distribución por sexo, edad, motivo de consulta, examen físico estudio de resonancia magnética y cirugía realizada.

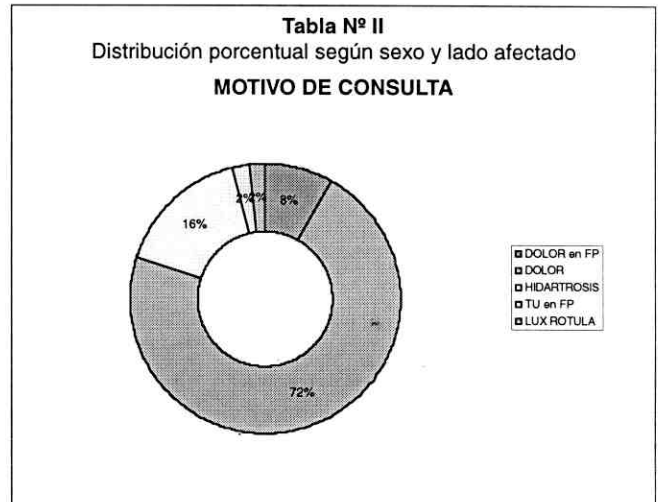
RESULTADOS

La incidencia de la presencia del quiste de Baker en la población estudiada (2.349 pacientes) fue de 2,29% (56 pacientes).

El rango de edad de los pacientes en el momento de la consulta osciló entre los 19 y los 82 años con un promedio de 57 años. La distribución por sexo y la rodilla afectada se presentan en la Tabla I. Hubo un predominio del sexo femenino: 69,8% (43 rodillas), siendo más frecuente en el lado derecho: 44,4% (28 rodillas).



El motivo de consulta más frecuente fue dolor en el compartimiento anteromedial de la rodilla en un 72,1% (44 casos), seguido por hidrartrosis en 16,4% (10 casos), ver Tabla II.



Los hallazgos más frecuentes al examen físico fueron las deformidades angulares en valgo o varo: 23,6% (18 casos), seguido (de hidrartrosis 21,3% (16 casos) y alteración de los rangos articulares (RAA) en 19,7%.

De los 56 pacientes, 33 (58,9%) se realizaron RMN y 25 pacientes (42,8%) fueron sometidos a cirugía, las cirugías realizadas se pueden observar en la tabla II, la resección de plica sinovial, menisectomía parcial marsupialización del quiste fue la cirugía más realizada en 36% de los casos, seguida por la artroplastia total de la rodilla realizada en 32%.

DISCUSIÓN

Un quiste de Baker o poplíteo es una bolsa distendida, numerosas bolsas están situadas en el espacio poplíteo entre los tendones de la corva y los ligamentos colaterales o cóndilos de la tibia, una bolsa también está situada profundamente a cada cabeza del músculo gemelo, los síntomas más frecuentes están asociados a la bolsa por debajo de la cabeza medial del gemelo o en la bolsa del semimembranoso, la lesión, protruye al hiperextender la rodilla, siendo generalmente distal al pliegue poplíteo, La frecuente distensión por fluido de la bolsa indica irritación de la rodilla con acumulo de líquido en el punto más débil de la parte posterior de la cápsula de la rodilla, aunque esto es verdad, en adolescen-

tes y adultos⁹, no hay suficientes estudios que apoyen esta misma teoría en los niños¹⁰.

Doppman¹¹ inyectó 15 cc de líquido de contraste intraarticular y demostró que la compresión de la bolsa suprapatelar con la rodilla en flexión distendía la bolsa poplíteo. Szer¹² usando ultrasonido confirmó la relación entre acumulación de líquido en la bolsa suprapatelar y el tamaño del quiste de Baker.

El mejor estudio para demostrar la presencia del quiste poplíteo es la RMN¹³, entre sus ventajas: es un estudio no invasivo, permite excelente contraste entre las partes blandas y permite visualizar imágenes en múltiples planos y sensibilizada a su vez con medio de contraste, puede evidenciar la magnitud del quiste y la comunicación con la cavidad articular. La RMN permite evaluar simultáneamente meniscos, ligamentos cruzados, tejido periarticular, sinovial y cartílago articular, su principal desventaja es su alto costo económico.

Aunque la etiopatogenia no está totalmente clara, varios estudios^{3,4,5,6,13} establecen relaciones entre disturbios internos de la rodilla y la presencia del quiste poplíteo, mencionándose lesiones del cuerno posterior del menisco interno, osteoartritis, artritis reumatoidea, etc.

En nuestro estudio la incidencia del quiste de Baker respecto a la presencia de lesiones meniscales se demostró en 19,6%, siendo más frecuente en el menisco interno en 81%, las plicas sinoviales y septum estuvieron asociadas a la presencia del quiste en el 25%. La osteoartrosis representó 14,2% y la artritis reumatoidea 3,5%; en estos casos los quistes fueron más voluminosos y fueron tratados quirúrgicamente con sinovectomía. Es de hacer notar que en este trabajo la patología más relacionada con el quiste de Baker fueron las plicas sinoviales, a diferencia de otros trabajos donde la relación es mayor con las lesiones meniscales. Esto nos permite argumentar que la dinámica del fluido sinovial está en relación con el origen del quiste poplíteo, así cualquier proceso intraarticular que genere sinovitis, como en las lesiones meniscales, osteoartrosis, etc., producirán aumento del líquido sinovial y patologías que alteren el flujo del líquido sinovial como en las plicas o los septum, ambos mecanismos: aumento de producción del líquido sinovial u obstrucción de su flujo se traducirán en un aumento de presión dentro de la cavidad articular y por ley de presiones, dilatará la cápsula posterior en su parte más débil, originando el quiste poplíteo.

CONCLUSIÓN

La presencia de un quiste poplíteo detectable al examen físico en un adulto o adolescente, debe siempre conllevar a la sospecha de la existencia de patología intraarticular de tipo plica sinovial y lesión meniscal, y si esta asociada además a los hallazgos de hidrartrosis y deformidad angular debe realizarse estudio de RMN para confirmar la presencia de la patología mencionada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Adams, R. Chronic rheumatic arthritis of the knee joint. *Dublin J. Med. Sci.* 17:520-522, 1840,
2. Baker, WM: On the formation of sinovial cysts in the leg connection with disease of the knee joint, *St. Bartholomew's Hosp. Rep.* 13: 245-261, 1877.
3. Childress HM.: Popliteal cysts associated with undiagnosed posterior lesions of the medial meniscus. *J. Bone Joint Surg.* 36-A: 1233-1237, 1954.
4. Rauschnig W, Fredriksson BA, Wilander E.: Histomorphology of idiopathic and symptomatic popliteal cysts. *Clin. Orthop.* 164: 306-311, 1982.
5. Sansone V, De Ponti A, Paluello GM, Del Maschio A.: Popliteal cysts and associated disorders of the knee. *SICOT* 19: 275-279, 1995,
6. Fujikawa K.: Arthrographic study of the rheumatoid knee. Part 1. Sinovial proliferation. *Ann. Rheum. Dis.* 40: 332-343, 1981.
7. Wolfe RD, Colloff B.: Popliteal cysts: An arthrographic study and review of the literature. *J. Bone Joint Surg. Am.* 54: 1057-1063, 1972.
8. Wilson PD, Eyre-Brook AI, Francis JD. A clinical and anatomical study of the semimembranosus bursa in relation to the popliteal cyst- *J Bone Joint Surg Am* 4: 963-982, 1938.
9. Canale S, Beaty J.: Popliteal Cyst, *Operative pediatrics orthopedics*, 823-824, 1992
10. Dinham JM. Popliteal Cysts in children. *J Bone Joint Surg. Am.* 57: 69-71, 1975
11. Doppman JL.: Baker's cyst and the normal gastrocnemio-semimembranosus bursa. *Am J Roentgenol Rad Ther Nucl Med* 94: 646-652, 1965,
12. Szer IS, Klein-Gitelman M, DeNardo BA, et al: Ultrasonography in the study of prevalence and clinical evolution of popliteal cysts in children with knee effusions. *J Rheumatol* 19: 458-462, 1992.
13. Stone KR, Stoller D, De Carli A, et al.: The frequency of Baker's cyst associated with meniscal tears. *Am J Sports Med* 24: 670-671, 1996.