

## PRESENTACIÓN DE CASOS

Hospital Clínicoquirúrgico "10 de Octubre"  
Servicio Nacional de Reumatología

## QUISTE DE BAKER EN EL CURSO DE LA ARTRITIS REUMATOIDEA

*Dr. José Pedro Martínez Larrarte, Dr. Raúl Cepero Morales, Dr. Claudino Molinero Rodríguez  
y Dra. Mirtha Sosa Almeida*

### RESUMEN

Se presentó un caso con diagnóstico de artritis reumatoidea seropositiva, de un año de evolución, que llevó tratamiento con aines y metotrexate, a pesar de lo cual, mantuvo actividad inflamatoria articular en el nivel de carpos y rodillas, que desarrolló un aumento de volumen de la región posterior de ambas piernas, con dolor espontáneo y signo de Homans positivo. Se valoró la posibilidad inicial de una tromboflebitis de la región poplíteo y se llegó a la conclusión que se trataba de un quiste de Baker.

*Descriptor DeCS:* QUISTE POPLITEO; ARTRITIS REUMATOIDEA/diagnóstico.

Existen 6 bolsas (bursas) primarias asociadas con músculos y tendones en la cara posterointerna de la rodilla, la comunicación entre dos bolsas, o entre una bolsa y la articulación de la rodilla son comunes; los quistes poplíteos o quistes de Baker; pueden surgir de 3 maneras: 1. Acumulación de líquido en una bolsa no comunicante; 2. Distensión de una bolsa por líquido que se origina como resultado de una lesión en la articulación de la rodilla y 3. Hernia posterior de la cápsula articular en respuesta a un aumento de la presión intraarticular.<sup>1</sup>

La comunicación entre la articulación y el quiste es por lo general, estrecha y la anatomía de tal carácter, que puede operar el mecanismo de una válvula, permitiendo el libre pasaje del líquido de la rodilla al quiste, pero no en sentido contrario.<sup>2</sup>

El quiste por sí solo, puede causar leve malestar, pero los principales síntomas están relacionados con las lesiones articulares asociadas,<sup>3</sup> el resultado es una hinchazón fluctuante en el área poplíteo, que ocasionalmente se extiende en forma pronunciada hacia la pantorrilla y se presenta superficialmente en el borde interno del gastrocnemio.<sup>4,5</sup>



Fig. 1. Tomografía axial computarizada de ambas rodillas.

Las características histológicas de los quistes están compuestas en la mayoría, por una pared fibrosa, delgada, revestida por una única capa de células aplanadas; en algunas ocasiones adquiere las características estructurales de la membrana sinovial, especialmente en el curso de la artritis reumatoidea; el líquido en su interior es estéril, con un infiltrado variable de linfocitos, células plasmáticas y numerosos detritus celulares, rara vez existen folículos linfoides.<sup>4,5</sup>

### PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina, raza blanca, 31 años de edad, residente en Ciudad de La Habana, con antecedentes de haberle diagnosticado artritis reumatoidea según los criterios del Colegio Americano de Reumatología, hace un año, para la cual lleva tratamiento con 20 mg de piroxicam/diario y 7,5 mg de metotrexate/semanal. Consulta al angiólogo por presentar aumento del volumen de la región posterior de ambas piernas, con calor local y signo de Homans positivo, y en el examen mantiene los pulsos femoral y poplíteo en ambos miembros, normales; se le realiza un *doppler* venoso de las zonas poplíteas que resulta negativo. Es remitida a consulta de reumatología, donde se encuentra peloteo rotuliano y una masa fluctuante en la re-

gión posterior de las pantorrillas, más pronunciada en la izquierda, con discreto dolor a la digitopresión y a la flexoextensión articular; se indica tomografía axial computarizada simple, donde se observa aumento del líquido sinovial, periarticular en ambas rodillas que decola hacia abajo por los planos musculares de los gemelos internos de ambos lados (fig. 1). Se repite la tomografía axial computarizada, posterior a una punción e inyección de contraste y se demuestra la comunicación entre la bolsa gastrocnemio-semimembranosa con la cavidad articular (fig. 2), imagen que se corresponde con un quiste de Baker.



Fig. 2. Tomografía axial computarizada contrastada de la rodilla izquierda.

## COMENTARIO

El quiste de Baker se puede desarrollar en enfermedades como la osteoartritis de rodilla, desgarros de cartílagos, osteocondromatosis, traumatismos directos sobre la zona,<sup>6</sup> o en el curso de enfermedades sistémicas,<sup>7</sup> como la artritis reumatoidea (caso presentado); donde la acrecentada presión intraarticular que ocurre en las articulaciones reumatoideas con sinovium inflamado, hipertrófico y un derrame tenso, que puede llegar a alcanzar hasta 1 000 mmHg en contraste con las presiones subatmosféricas de la articulación normal, obliga a pasar el líquido inflamatorio a través del conducto comunicante entre la articulación y la bolsa gastrocnemio-semimembranosa; este conducto es generalmente largo y tortuoso, actúa como una válvula de un solo sentido, de tal modo que el contenido del quiste no puede regresar a la articulación.<sup>1,2</sup>

Se han presentado datos que sugieren que los quistes poplíteos protegen a los pacientes con artritis reumatoidea contra el desarrollo de pseudoquistes (geodas), en el hueso subcondral,<sup>1</sup> por tal motivo, el cartílago y el hueso sufren menos en pacientes capaces de adaptarse a un aumento de presión mediante un quiste de Baker conectado con una válvula de un solo sentido.

El diagnóstico diferencial incluye aneurismas, neoplasmas benignos y varicosidades o procesos trombóticos de la zona. En ocasiones, las paredes del quiste se rompen, el líquido inflamatorio escapa hacia la pantorrilla y produce un cuadro clínico similar al de una trombosis de vena



Fig. 3. Radiografía contrastada de la rodilla izquierda.

profunda, con dolor, calor, empastamiento y signo de Homans, este cuadro se denomina seudotromboflebitis.<sup>6,7</sup>

El ultrasonido, la tomografía axial computadorizada contrastada, la artrografía (fig.3) y la neumoartrografía son elementos muy útiles cuando el diagnóstico clínico presenta alguna dificultad,<sup>8</sup> como se observa en este caso.

El tratamiento del quiste de Baker es esencialmente quirúrgico;<sup>1</sup> en algunos casos la corrección en la enfermedad de base, como la sinovectomía de la rodilla en la artritis reumatoidea, puede originar su desaparición espontánea;<sup>9</sup> la aspiración del quiste y las inyecciones de corticoides son, con frecuencia, solamente medidas paliativas.

## SUMMARY

A case with diagnosis of seropositive rheumatoid arthritis and a year of evolution was presented. The patients was treated with non-steroidal anti-inflammatories and methotrexate. In spite of this, the inflammatory articular activity was maintained at the level of the carpus and knees and there was a volume increase in the posterior region of both

legs, with spontaneous pain and positive Homan's sign. At first, it was evaluated the possibility of a thrombophlebitis of the popliteal region, but, finally, it was considered as a Baker's cyst.

*Subject headings:* POPLITEAL CYST; ARTHRITIS, RHEUMATOID/diagnosis.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. McCarty DJ. Artritis y enfermedades conexas. La Habana:Editorial Científico-Técnica,1986:494-6.
2. Scott JT. Tratado de reumatología. La Habana:Editorial Científico-Técnica,1985:307-8.
3. Schumacher HR. Primer on the reumatic diseases. 10 ed. Atlanta:Arthritis Foundation,1993:284-5.
4. Lavalle C. Reumatología clínica. México,DF:Editorial Noriega,1990:333-4.
5. Rotes Querol J. Reumatología clínica. Barcelona:Espaxs,1989:125-7.
6. Herrero BG. Manual de enfermedades reumáticas. Barcelona: Editorial Limpregraf,1992:115-7.
7. Rachid A, Rachid Filho A, Corrales E. Seudotromboflebitis en la artritis reumatoidea. Rev Bras Reumatol 1983;23(5):215-6.
8. Ugarte SJ, Hernández MA, Reyes LG. Manual de elección de técnicas imagenológicas en reumatología. La Habana: Editorial CIMEC. 1997:46-9.
9. Rosadilla A. Atlas de reumatología del adulto. Barcelona:Editorial Edika Med,1993:37-8.

Recibido: 9 de septiembre de 1999. Aprobado: 17 de noviembre de 1999.

*Dr. José Pedro Martínez Larrarte.* Aguiar No. 572, 2do piso, entre Muralla y Teniente Rey, Habana Vieja, Ciudad de La Habana, Cuba.