

Enfermedad Adventicia Quística de la Arteria Poplítea como Causa de Claudicación Intermitente

Rodrigo Maestu, Pablo Rainaudi, Pablo Batista, Matias Carratu Muñoz

RESUMEN

La enfermedad Adventicia Quística (EAQ), compromete principalmente la arteria poplítea, presentando síntomas de claudicación intermitente en pacientes jóvenes, sin factores de riesgo para patología arterial periférica. Presentamos un caso en un paciente de 40 años con (EAQ) en el que se describe su tratamiento, siendo la resección quirúrgica, con abordaje posterior lo indicado en estos pacientes.

Palabras clave: Enfermedad Adventicia Quística; Claudicación Intermitente

ABSTRACT

The Cystic Adventitial Disease (CAD) mainly involves the popliteal artery, presenting intermittent claudication in young patients, with no risk factors for peripheral artery pathology. One case of a 40-year-old patient with CAD is presented in this paper in which his treatment is described. Surgical resection with posterior approach is with is indicated in these patients.

Key words: Adventitia Cystic Disease; Intermittent Claudication

INTRODUCCIÓN

La enfermedad adventicia quística, causada por una anomalía de la capa adventicia de la arteria (no arteriosclerótica),¹⁻⁵ compromete frecuentemente la arteria poplítea. Afecta a pacientes de mediana edad, sexo masculino, sin factores de riesgo, causando claudicación intermitente progresiva.¹⁻⁵ Esta enfermedad ha sido bien estudiada en la literatura vascular, se definió por primera vez en 1947, siendo la gran mayoría de estos casos pacientes de edad mayor. La EAQ en el atleta joven puede ser difícil de diagnosticar y debe ser evaluado como una patología musculoesquelética, vascular o neurológica, que pueden causar dolor de pierna ante esfuerzos, en pacientes activos.²

El objetivo del siguiente trabajo es presentar los síntomas, hallazgos de exploración física, resultados de exámenes complementarios y tratamiento quirúrgico en un paciente joven con EAQ sintomática de la arteria poplítea.

CASO PROBLEMA

Paciente de 40 años, deportista, sin factores de riesgo previos, que presenta dolor en pierna derecha relacionado con el ejercicio y la bipedestación prologada, y mejoraba luego del descanso, sin parestesias ni irradiación distal, rodilla estable, sin tumefacción ni bloqueo articular. En el examen físico presentaba dolor en el hueco poplíteo, pulsos periféricos positivos y simétricos, relleno capilar positivo, sin cambios tróficos en la piel de ambos miembros inferiores y con buen rango de movilidad.

El examen radiográfico no relevaba lesiones óseas agudas, sin signos de artrosis articular y en las imágenes de re-

sonancia magnética se observaba una imagen hiperintensa en T2 en el hueco poplíteo en relación con arteria poplítea, por lo que se realiza una ecodoppler arterial de miembros inferiores que informa ectasia poplítea de 14 mm, flap intimal con disección intraluminal; y una angiorresonancia en la que se objetiva una imagen quística, hipointensa en T1 e hiperintensa en T2, sin realce poscontraste, la misma mide 11 x 17 x 51 mm (fig. 1), que comprime de forma extrínseca la arteria poplítea en dos segmentos contiguos, generando una reducción de moderada a severa de la luz articular.

Una vez realizado el diagnóstico se decidió programar la cirugía, en conjunto con Cirujano Vascular.

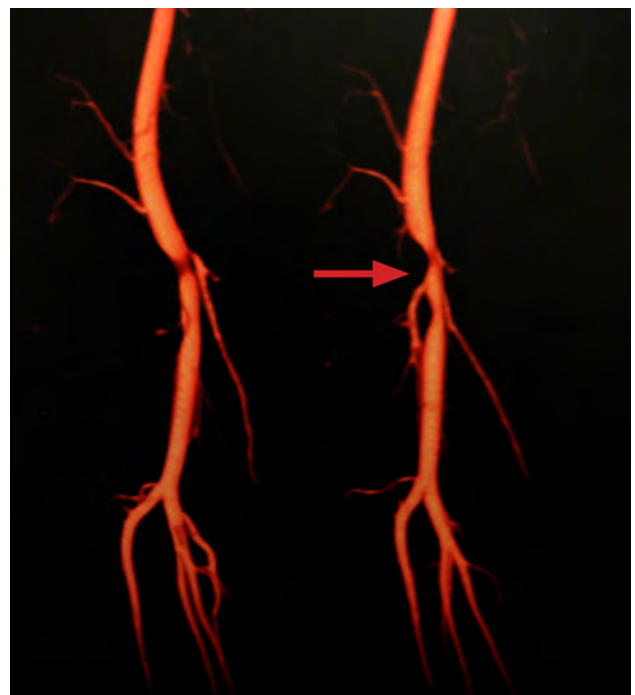


Figura 1: Angiorresonancia bilateral, se observa compresión extrínseca de arteria poplítea derecha.

Rodrigo Maestu

rmaestu@intramed.net



Figura 2: se observa lesión quística de la pared arterial.

TÉCNICA QUIRÚRGICA

Se coloca al paciente en decúbito ventral, con torniquete en muslo, se realiza abordaje posterior por planos, se identificó la arteria poplítea (fig. 2) y se realiza una arteriografía intraoperatoria para confirmar la localización de la lesión, luego se disecciona la pared del quiste obteniendo fluido gelatinoso, se sutura la pared arterial con sutura absorbible y se libera el manguito hemostático para realizar una correcta hemostasia y cierre por planos. Se enviaron muestras a anatomía patológica que confirmaron el diagnóstico: quiste mucoide.

El paciente se recuperó sin complicaciones fue dado de alta a las 72 hs., presentó dolor leve en la región de la herida hasta las 7 semanas y luego de 2 años de seguimiento realiza actividad física habitual.

DISCUSIÓN

La EAQ es una entidad rara de la mediana edad (30–50

años), con mayor compromiso en hombres 5:1, caracterizada por la presencia de quistes de mucina uni o multilocular en la capa adventicia arterial o venosa. Presenta una incidencia de 1 cada 1200 pacientes que presentan claudicación intermitente y la arteria poplítea está comprometida en alrededor 85% de estos casos. La etiología de la enfermedad adventicia quística es desconocida aunque se han propuesto varias teorías (microtraumatismo, trastorno embriológico, quiste propiamente dicho) para explicar su aparición.¹⁻⁴

La EAQ se presenta frecuentemente con claudicación intermitente relacionado con el esfuerzo, aumentan con la flexión de rodilla y los síntomas ceden con el descanso. La sensación de parestesias distales, color, temperatura y relleno capilar pueden ser normales o estar comprometidas según la gravedad de la patología. Aunque algunos autores consideran que puede realizarse tratamiento conservador en los casos levemente sintomáticos, el tratamiento quirúrgico es terapéutica definitiva. Siendo la tasa global de recidiva del 2,5%, comparado con el 60% si se realiza solo aspiración del mismo.¹⁻⁵

El diagnóstico diferencial debe realizarse con síndrome de atrapamiento de la arteria poplítea (60%), quiste de Baker, endofibrosis arterial y enfermedad tromboembólica.^{1,2,5}

CONCLUSIÓN

Presentamos un caso de un paciente, sexo masculino de 40 años de edad, deportista, que comienza con dolor y claudicación intermitente relacionada con el ejercicio y con bipedestación prolongada. Aunque la enfermedad adventicia quística ha sido bien estudiada por los cirujanos vasculares, es una patología que los médicos ortopedistas deportólogos, no siempre consideran debido a su baja incidencia, sin embargo siempre debe ser considerada en pacientes de mediana edad que presentan claudicación intermitente relacionada con el ejercicio, para realizar el diagnóstico siempre deben solicitarse exámenes complementarios vasculares, para evitar su progresión se debe realizar el tratamiento quirúrgico de forma precoz.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bucci y cols., Cystic adventitial disease of the popliteal artery. *Vascular*, Vol. 20 No. 6, pp. 311–313, 2012.
2. Merz, y cols. Cystic Adventitial Disease of the Popliteal Artery Causing Intermittent Exertional Claudication in a Young Male Athlete A. Case Report. *The American Journal of Sports Medicine*, Vol. 41, No. 11. 2013.
3. Petr y cols, Cystic Adventitial Disease of the Popliteal Artery: Report on Three Cases and Review of the Literature. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub.* 2011 Dec; 155(4):309–322. DOI 10.5507/bp.2011.065.
4. Satoru y cols, cystic Adventitial Disease of the Popliteal Artery -A Case of Young Boy. *Tohoku J. Exp. Med.*, 1995, 176, 173–180.
5. Young-Hee y cols, Cystic Adventitial Disease of the Popliteal Artery: Resection and Repair with Autologous Vein Patch, *Korean J Thorac Cardiovasc Surg* 2011;44:266–268.