



Caso Clínico

Enfermedad quística adventicial con recanalización espontánea de la arteria poplítea

Adventitial cystic disease with spontaneous recanalization of popliteal artery

Matteo Pizzamiglio, Alejandro González García, Teresa Lidia Reyero Postigo, Ana Begoña Arribas Díaz, César Aparicio Martínez

Servicio de Angiología, Cirugía Vascul y Endovascular. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid

Resumen

Palabras clave:
Arteria poplítea.
Quiste adventicial.
Claudicación
intermitente.
Injerto *bypass*.

La enfermedad quística adventicial (EQA) de la arteria poplítea es una enfermedad poco frecuente. El síntoma más frecuente es la claudicación. Los pacientes suelen ser jóvenes y sin factores de riesgo para aterosclerosis. Presentamos el caso de un paciente de 52 años con clínica de claudicación y hallazgo de trombosis de la arteria poplítea que al año recanalizó espontáneamente. Dada la persistencia de la clínica y la lesión sospechosa de quiste poplíteo, se decidió realizar la resección de dicha lesión y la revascularización mediante injerto protésico.

Abstract

Keywords:
Popliteal artery.
Adventitial cyst.
Intermittent
claudication.
Bypass graft.

Cystic adventitial disease of the popliteal artery is a rare disease that usually manifests with intermittent claudication. Patients are usually young and without risk factors for atherosclerosis.

In this report, we present a case of a 52 years old man with thrombosis of popliteal artery which recanalized spontaneously a year later. Given the persistence of claudication and the suspicion of cystic adventitial disease, we decided to perform resection of the affected artery and revascularization with prosthetic grafting.

Recibido: 24/05/2020 • Aceptado: 17/06/2020

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener conflicto de interés.

Pizzamiglio M, González García A, Reyero Postigo TL, Arribas Díaz AB, Aparicio Martínez C. Enfermedad quística adventicial con recanalización espontánea de la arteria poplítea. *Angiología* 2020;72(6):312-314

DOI: <http://dx.doi.org/10.20960/angiologia.00165>

Correspondencia:

Matteo Pizzamiglio.
Servicio de Angiología, Cirugía Vascul y Endovascular.
Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz.
Avda. de los Reyes Católicos, 2. 28040 Madrid
e-mail: matteo.pizzamiglio@quironsalud.es

INTRODUCCIÓN

La enfermedad quística adventicial (EQA) de la arteria poplítea es una enfermedad no aterosclerótica acompañada de síntomas isquémicos de los miembros inferiores. Es causada por estenosis u oclusión del vaso comprimido por el quiste que surge de la pared adventicial. Dado que suele ocurrir en los miembros inferiores, el síntoma más común es la claudicación intermitente. Esta enfermedad suele ocurrir unilateralmente, y en el 90 % de los casos ocurre en varones jóvenes (1). La etiología aún es desconocida, pero hay varias hipótesis, como la de la displasia durante el desarrollo fetal, el traumatismo repetido y la intrusión de tejido sinovial en la pared arterial.

Esta enfermedad a menudo puede ser mal diagnosticada como aterosclerosis, aneurisma, traumatismo, quiste de Baker o émbolo arterial (2).

Hay varias maneras de tratar esta enfermedad, pero todavía no hay un tratamiento establecido (3)

CASO CLÍNICO

Paciente de 52 años con menisectomía de rodilla izquierda hace 20 años como único antecedente de interés que acudió a nuestras consultas derivado de traumatología por claudicación gemelar izquierda a 200 metros de una semana de evolución.

Durante la exploración vascular presentó en la extremidad inferior izquierda disminución de pulso poplíteo con distales ausentes e índice tobillo-brazo (ITB) de 0,7 en arterias pedia y tibial posterior. En la pierna contralateral presentaba pulsos a todos los niveles, con ITB de 1. Se prescribió antiagregación con Adiro® 100 mg y atorvastatina 40 mg y se dio revisión tras angio-TAC. En dicha prueba de imagen se observó trombosis de la 1.ª porción poplítea con arterias sanas, sin tener clara la causa (embolia frente a quiste adventicial frente a compresión extrínseca). Se solicitó valoración con cardiología, que descartó patología, y resonancia magnética de miembro inferior izquierdo para filiar el origen, con hallazgo de oclusión de la 1.ª porción poplítea, pero sin poder objetivar el origen. Se ofreció al paciente cirugía de revascularización, que desestimó.

En la revisión a los seis meses, el paciente persistía con claudicación gemelar a 200 metros, pero en la ecografía Doppler se observó recanalización

de la 1.ª porción poplítea. Se solicitó un nuevo angio-TAC en el que se objetivó una lesión que rodeaba y ocluía parcialmente la arteria poplítea y que impresionaba de quiste poplíteo (Fig. 1A).

Dada la claudicación limitante, se decidió programar para exéresis de la lesión y realización de *bypass*.

En quirófano se realizó la sección de la arteria poplítea con el quiste y *bypass* termino-terminal poplíteo-poplíteo de 1.ª a 2.ª porción con prótesis de PTFE, dado que no presentaba vena apta para injerto en ninguna de las dos piernas (Fig. 2). Fue dado de alta al 2.º día posoperatorio. La anatomía patológica confirmó el hallazgo de degeneración quística de la adventicia y ausencia de signos de malignidad.

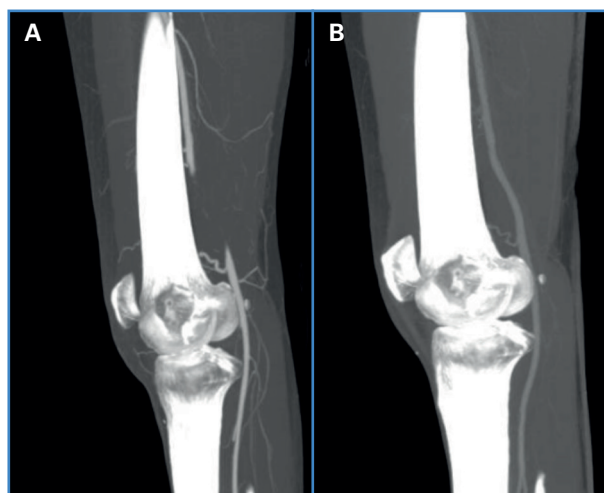


Figura 1. A. Angio-TAC de miembros inferiores con obstrucción de la arteria poplítea. B. Arteria poplítea con recanalización espontánea en angio-TAC al año.

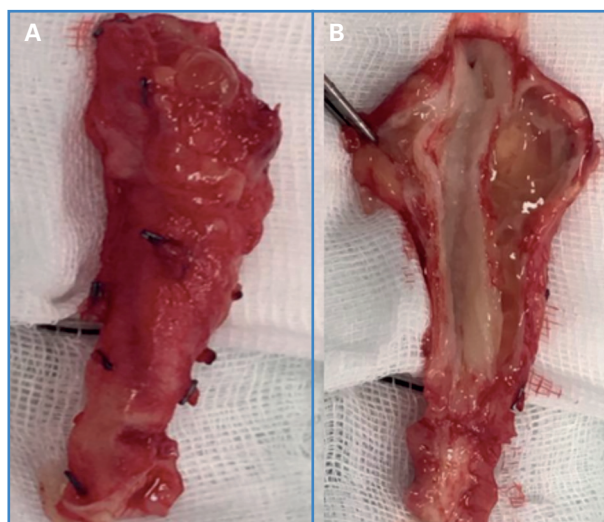


Figura 2. A. Arteria poplítea con quiste adventicial. B. Arteria poplítea abierta en la que se observa el contenido gelatinoso en la adventicia.

En las revisiones posteriores –la última a los seis meses de la cirugía–, el paciente no presentó claudicación ni otra sintomatología (Fig. 1B).

DISCUSIÓN

La prevalencia de la enfermedad quística adventicial es desconocida, pero se estima que corresponde a menos del 0,1 % de los casos de claudicación intermitente. Suele afectar a pacientes sin factores de riesgo cardiovasculares, con un ratio hombre/mujer de 5:1 (1). El pico de incidencia está entre los 40 y los 50 años.

El síntoma más común de la EQA cuando afecta a la arteria poplítea es la claudicación intermitente, que se inicia de manera brusca y suele progresar rápidamente. Otros síntomas pueden ser el dolor de tipo quemazón, dolor gemelar agudo, dolor en reposo y la aparición de lesiones. Para el diagnóstico diferencial hay que tener en cuenta el síndrome de atrapamiento poplíteo y el aneurisma poplíteo (4). Existen varias pruebas para el diagnóstico de la EQA.

Clínicamente puede presentarse con el signo de Ishikawa: la desaparición de pulso distal de la pierna afectada con flexión de la rodilla. Las pruebas de imagen resultan de gran utilidad para su diagnóstico, entre las que la RM o la angio-RM es la preferida, ya que puede observarse la presencia de la lesión quística y la longitud del segmento afectado, así como su grado de oclusión. Estas imágenes mostrarían la oclusión parcial o total de la arteria por una masa quística multilocular en la pared arterial.

El signo de la cimitarra es patognomónico, en el que se observa un estrechamiento curvilíneo del vaso debido a la compresión excéntrica y la estenosis arterial aparece en forma de reloj de arena en los casos de compresión concéntrica.

En el caso de la TAC, se observa una arteria poplítea comprimida por una masa con la misma densidad que el fluido, pero no muestra la naturaleza multilocular del quiste que sí muestra la RM.

La ecografía también puede ser útil para evaluar el grado de estenosis y muestra una imagen anecoica o hipoecoica, dependiendo del grado de mucina en el quiste.

Con Doppler puede observarse el grado de estenosis causada por la compresión del quiste mediante el aumento de la velocidad pico-sistólica.

En determinadas ocasiones, puede ocurrir la resolución espontánea del quiste adventicial (5). En este caso descrito parece que ha habido una regresión parcial espontánea del quiste, pero con persistencia de la clínica. El tratamiento estándar de esta enfermedad es la resección del quiste y la reparación o reconstrucción arterial (6). En este caso concreto la reconstrucción se realizó con prótesis de PTFE. No pudo utilizarse injerto autólogo debido a la falta de disponibilidad de venas safenas aptas en ninguno de los dos miembros inferiores.

Se han probado también otras modalidades. La aspiración percutánea del quiste y la angioplastia con balón no tienen buenos resultados por su alta tasa de reincidencia: 33 % y hasta el 100 %, respectivamente (7). La angioplastia con *stent* puede evitar la recompresión, pero no tiene buenos resultados de permeabilidad a largo plazo por la flexión repetida de la rodilla en los pacientes más jóvenes y más activos.

BIBLIOGRAFÍA

- Jarraya M, Simmons S, Farber A, et al. Uncommon Diseases of The Popliteal Artery: A Pictorial Review. *Insights Imaging* 2016;7(5):679-88. DOI: 10.1007/s13244-016-0513-6
- Lonnie B, Wright W, Matchett J, et al. Popliteal Artery Disease: Diagnosis and Treatment. *Popliteal Artery Dis Diagnosis Treat.* 2004;24:467-79. DOI: 10.1016/b978-0-12-684351-4.50031-4
- Miyake K, Sawamura N, Ikegaya Y, et al. Adventitial cystic disease of the popliteal artery treated by bypass graft utilizing the short saphenous vein: A case report. *Int J Surg Case Rep* 2017;38:154-7. DOI: 10.1016/j.ijscr.2017.07.024
- Yada M, Sekine Y, Sato S, et al. Adventitial cystic disease of the popliteal artery with intimal tear. *J Cardiol Cases* 2019;19(6):197-9. DOI: 10.1016/j.jccase.2019.02.003
- Pursell R, Torrie EPH, Gibson M, et al. Spontaneous and permanent resolution of cystic adventitial disease of the popliteal artery. *J R Soc Med* 2004;97(2):77-8. DOI: 10.1258/jrsm.97.2.77
- Baxter AR, Garg K, Lamparello PJ, et al. Cystic adventitial disease of the popliteal artery: Is there a consensus in management? *Vascular* 2011;19(3):163-6. DOI: 10.1258/vasc.2010.cr0233
- Tsilimparis N, Hanack U, Yousefi S, et al. Cystic adventitial disease of the popliteal artery: An argument for the developmental theory. *J Vasc Surg* 2007;45(6):1249-52. DOI: 10.1016/j.jvs.2007.01.051