

# Tumor en hueso poplíteo en 1 niño

## Diagnóstico diferencial a propósito de 1 caso

G. MENÉNDEZ VIÑUELA, A. SUÁREZ VÁZQUEZ, C. FERNÁNDEZ CORONA,  
R. ALEGRE MATEO y D. HERNÁNDEZ VAQUERO

*Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología Hospital San Agustín. Aviles (Asturias).*

**Resumen.**—Se presenta 1 caso de tumoración en hueso poplíteo en 1 paciente de 15 años de edad. En la exploración clínica inicial encontramos una tumoración de consistencia dura sin signos inflamatorios. Los estudios con RNM y gammagrafía ósea nos orientaban hacia una patología benigna. El estudio anatomopatológico realizado tras la exéresis de la tumoración lo caracterizó como zona de necrosis isquémica con calcificación distrófica de la inserción muscular del tendón del músculo semitendinoso.

### POPLITEAL TUMOR IN A CHILD. DIFFERENTIAL DIAGNOSIS BASED ON A CASE REPORT

**Summary.**—A 15-year-old boy with a poplited tumor in the knee is presented. The initial exploration showed a firm mass without inflammatory signs. RNM and bone scintigraphy disclosed benign pathology. The pathological diagnosis showed a central area of ischemic necrosis, with dystrophic calcification of the semitendinous muscle.

### INTRODUCCIÓN

Una tumoración en el hueso poplíteo en 1 niño nos induce al diagnóstico de quiste de Baker, patología benigna que habitualmente se resuelve espontáneamente sin necesidad de cirugía. Pero siempre debemos realizar diagnóstico diferencial con otras lesiones cuyos tratamiento y pronóstico son diferentes.

### CASO CLÍNICO

Niño de 15 años de edad visto en Consultas Externas por tumoración a nivel hueso poplíteo derecho de 2 meses de evolución (Fig. 1). Los antecedentes familiares y personales carecían de interés, refiriendo el paciente 1 traumatismo a nivel de la región posterior del tercio medio del músculo derecho 5 meses atrás. Aunque en un inicio la tumoración era dolorosa, actualmente esta sin-

tomatología había mejorado. En la exploración física hallamos una tumoración de consistencia dura, adherida a planos profundos, que no presentaba signos inflamatorios ni dolor a la palpación; la movilidad de la rodilla era normal. En la radiografía simple no había hallazgos significativos y todos los parámetros analíticos eran normales.

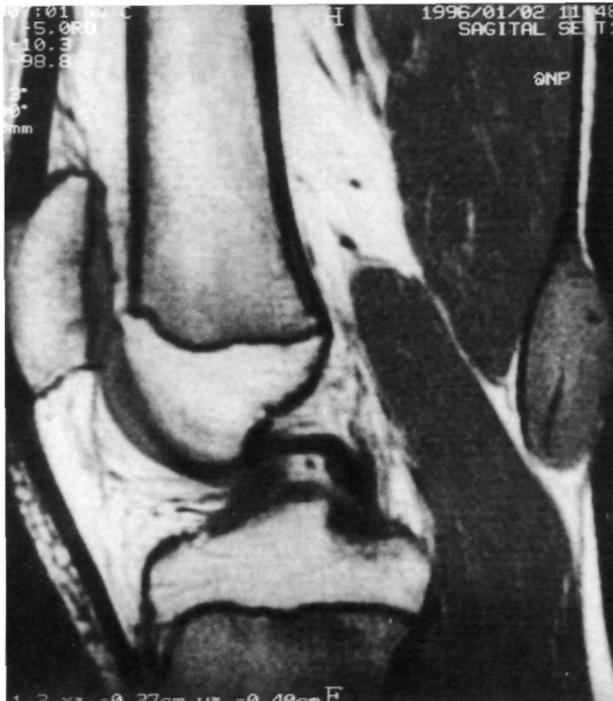
Se realizó RNM, observándose 1 tumoración de planos blandos de 5 x 2,8 x 2,5 cm en la región posterior y ligeramente medial de la rodilla (Fig. 2), aparentemente



**Figura 1.** Aspecto de la tumoración durante la exploración física.

#### *Correspondencia:*

Dr. GONZALO MENÉNDEZ VIÑUELA  
Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica  
Hospital San Agustín  
Camino de Heros, s/n  
Aviles (Asturias)



**Figura 2.** RNM preoperatoria.

en el espesor del músculo semitendinoso. La gammagrafía ósea no mostró aumento de vascularización a nivel de la tumoración ni en el resto del esqueleto; estas 2 pruebas se inclinaban por el diagnóstico de lesión benigna. Con estos datos se ingresó al paciente para extirpación quirúrgica del tumor.

La intervención quirúrgica consistió en un abordaje posterior de la rodilla derecha, hallándose 1 tumoración de consistencia sólida, bien delimitada, localizada en el interior del tendón del músculo semitendinoso derecho (Fig. 3), muy cerca de su inserción tibial, que fue extirpada. En los cortes histológicos se apreciaron haces de músculo estriado en una extensa zona de necrosis isquémica con calcificación distrófica en la inserción muscular del tendón del músculo semitendinoso sin evidencias de malignidad. El paciente presentó un postoperatorio sin incidencias, estando en la actualidad asintomático.

## DISCUSIÓN

Desde que Baker (1) describiera en 1877 la tumoración situada a nivel del hueso poplíteo que lleva su nombre, que es debida a la herniación de la membrana sinovial entre el músculo semimembranoso y el músculo gemelo interno, hasta hoy se ha diagnosticado frecuentemente esta patología en la consulta del traumatólogo. El quiste de Baker aparece más frecuentemente en niños por debajo de los 7 años, el crecimiento es lento y produce dolor.

Otras lesiones benignas a descartar a esta edad y en esta localización son las fibromatosis y el tumor



**Figura 3.** Imagen intraoperatoria de la tumoración.

de células gigantes de vaina tendinosa. La primera es una neoplasia benigna de tejido fibroso (2, 3) que puede afectar a cualquier parte del organismo, de localización profunda o superficial. La rodilla, y en concreto el hueso poplíteo, ocupa el sexto lugar en frecuencia. Habitualmente son únicas, aunque también hay fibromatosis multicéntricas; clínicamente suelen ser lesiones mal circunscritas e indoloras.

El tumor de células gigantes de vaina tendinosa aparece a cualquier edad, aunque no es típico de la edad infantil. La rodilla es el segundo lugar de aparición tras la mano (2, 4); el crecimiento es lento y suelen ser indoloros largo tiempo. Si la evolución es larga pueden producir erosiones óseas, aunque esto es más frecuente si se localiza en los dedos.

La neoplasia maligna que debemos descartar ante una tumoración del tipo que nos ocupa es el fibrosarcoma; este tumor de crecimiento lento puede mantenerse indoloro durante mucho tiempo y la piel suprayacente intacta. Aunque no es frecuente su aparición en los niños de primera y segunda infancia (5), la localización de una tumoración en la rodilla (2, 6) debe incluir en su diagnóstico diferencial al fibrosarcoma.

Nuestro caso fue etiquetado anatomopatológicamente como una necrosis isquémica muscular a nivel de la inserción del músculo semitendinoso, probablemente en relación con el traumatismo previo.

La conducta a seguir ante una masa situada en el hueso poplíteo durante la edad infantil pasa por realizar una detallada historia clínica y una minuciosa exploración física; el siguiente paso es la realización de una RNM, que además de orientarnos diagnósticamente nos permitirá realizar la planificación quirúrgica si fuese necesario. La

biopsia por punción-aspiración puede estar indicada, asumiendo los riesgos de diseminación si la tumoración fuese maligna. Ante cualquier duda en cuanto al origen de la lesión deberemos realizar su extirpación, siendo la Anatomía Patológica la que nos indique el diagnóstico definitivo.

### Bibliografía

1. Baker WM. On the formation of synovial cysts in the leg in connection with disease in the knee joint. *St Bartholomew Hosp Rep* 1877;13:245-61.
2. Enzinger FM, Weiss SW, eds. *Soft tissue tumors*. Washington: Ed. Panamericana; 1985.
3. Stout AP. The fibromatoses. *Clin Orthop* 1961;19:11-25.
4. Jones FE, Soule EH, Coventry MB. Fibrous histiocytoma of synovium (giant cell tumor of tendon sheath, pigmented nodular synovitis). *J Bone Joint Surg* 1969;51A:76-86.
5. Stout AP. Fibrosarcoma in infants and children. *Cancer* 1962;15:1028-40.
6. Iwasaki H, Enjoji M. Infantil and adult fibrosarcomas of the soft tissues. *Acta Pathol Jpn* 1979;29:377-88.