

## COMUNICACIÓN PÓSTER EN CONGRESO

---

### METÁSTASIS SÉPTICA EN QUISTE DE BAKER COMO COMPLICACIÓN TRAS RADIOFRECUENCIA DE CORNETES

#### *Infected Baker's Cyst after Radiofrequency Volume Turbinate Reduction*

María Estrella GOMEZ-TOME <sup>IB</sup>; Marta ZABALETA-LÓPEZ <sup>IB</sup>; Cristina IBÁÑEZ-MUÑOZ <sup>IB</sup>; Marta GARCÍA-PILA; Belén CLEMENTE-CUARTERO; Carmen MUÑOZ-DELGADO

*Hospital San Pedro, Logroño.*

*Correspondencia: megtome@riojasalud.es*

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de intereses

Imágenes: Los autores declaran haber obtenido las imágenes con el permiso de los pacientes

Política de derechos y autoarchivo: se permite el autoarchivo de la versión post-print (SHERPA/RoMEO)

Licencia CC BY-NC-ND. Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivar 4.0 Internacional

Universidad de Salamanca. Su comercialización está sujeta al permiso del editor

**RESUMEN:** Introducción: El quiste de Baker o quiste poplíteo es una colección anormal de líquido sinovial en la bursa gastrocnemio-semimembranosa de la rodilla, habitualmente asintomática, asociada normalmente a patología articular. Tiene una prevalencia del 5 al 38%. Su complicación más frecuente es la ruptura, mientras que la infección es muy poco común, pudiendo asociarse a artritis séptica. El diagnóstico se realiza mediante ecografía y la resonancia magnética nuclear (RMN) es el gold estándar para el estudio de sus complicaciones. La punción guiada por ecografía realiza una descompresión del quiste y permite obtener material para la realización de cultivos, siendo el *S. aureus* el microorganismo más frecuentemente aislado. Requiere un tratamiento antibiótico prolongado por el riesgo de artritis séptica asociado.

Método: Presentamos el caso de un varón de 64 años valorado en consultas de Otorrinolaringología por obstrucción nasal crónica. Como antecedentes personales destacan hipertensión arterial, dislipemia e intervención por meniscopatía de rodilla derecha hace 15 años. A la exploración se evidenció hipertrofia de cornetes, indicándose turbinoplastia por radiofrecuencia. La intervención se realizó sin incidencias, sin requerir taponamiento nasal y se pautó pomada con antibiótico tópico (bacitracina y neomicina). A los dos días el paciente presenta gonalgia derecha con tumefacción y eritema y fiebre de 38.5°. Se realiza ecografía en la que se aprecia un quiste de Baker complicado de 7x3 cm. Se realiza drenaje de material purulento en el que se aísla *S. aureus* sensible a meticilina (SAMS). Ante la sospecha de bacteriemia por SAMS tras turbinoplastia se decide solicitar ecocardiograma para descartar endocarditis infecciosa, sin observarse lesiones. Debido al riesgo asociado de artritis séptica se pauta tratamiento con cloxacilina IV 12mg/24h durante 2 semanas y posteriormente levofloxacino 500mg/24h durante 4 semanas. El paciente presentó una evolución favorable encontrándose actualmente asintomático.

Conclusiones: La infección del quiste de Baker es una complicación muy poco frecuente encontrándose pocos casos documentados en la literatura. Deben estudiarse posibles focos de entrada de microorganismos, como en nuestro caso la cirugía nasal, que puedan producir una bacteriemia que asiente en el quiste.

PALABRAS CLAVE: quiste de Baker; quiste poplíteo; hipertrofia turbinal inferior; turbinoplastia por radiofrecuencia.

SUMMARY: Introduction: A Baker's cyst (BC) or popliteal cyst is a distention of the gastrocnemius-semimembranous bursa of the knee. It is usually asymptomatic and associated to known knee pathology. The incidence of BC is between 5% and 38% and increases with aging. Its most frequent complication is rupture. Infection of a BC is an uncommon complication usually associated with septic arthritis. Ultrasound examination is appropriate for identifying and measuring the cyst and MRI is the gold-standard imaging study to confirm the presence and the complications of a BC. Cyst puncture under ultrasound guidance decompresses the cyst and allows to obtain material for cultures. The most common organism isolated is *S. aureus*. Infected BC requires prolonged antibiotic therapy because of the risk of septic arthritis.

Method: A 64-year-old man presented with chronic nasal obstruction secondary to inferior turbinate hypertrophy. His personal history includes arterial hypertension, hypercholesterolemia and right knee arthroscopic surgery for meniscus tears 15 years ago. Radiofrequency turbinoplasty was performed without incident. Nasal packing was not necessary and topical antibiotic ointment (bacitracin and neomycin) was prescribed. Two days later, the patient presented with sudden right popliteal pain associated with swelling, erythema and fever. An ultrasound was performed showing a complicated Baker's cyst (7x3 cm). Drainage of purulent material was performed and cultures were positive for methicillin-sensitive *S. aureus* (MSSA). MSSA bacteremia after turbinoplasty was suspected, so echocardiogram was requested to rule out infective endocarditis, but no lesions were observed. Given the associated risk of septic arthritis, treatment with intravenous cloxacillin 12mg/24h for 2 weeks and then levofloxacin 500mg/24h for 4 weeks was prescribed. The patient evolved favorably and is currently asymptomatic.

Conclusions: Infected Baker's cyst incidence is very low with few reports in the literature. Possible sources of entry of pathogens should be studied, in our case, bacteriemia was most likely secondary to radiofrequency turbinoplasty.

KEYWORDS: Baker's cyst; Popliteal cyst; inferior turbinate hypertrophy; radiofrequency volume turbinate reduction.