

Relato de Caso

Cisto de Baker gigante bilateral: relato de caso*

ACUTE BULLOUS SKIN DISEASES: STEVENS-JOHNSON SYNDROME & TOXIC EPIDERMAL NECROLYSIS: COMPARISON BETWEEN TWO CLINICAL CASES

RESUMO

O presente trabalho discute o caso clínico de um homem de 57 anos de idade com cistos de Baker gigantes em panturrilhas bilateralmente, previamente hígido e sem história familiar de doenças reumatológicas. O paciente apresentava dores constantes em pernas e edemas em tornozelos com dificuldades para deambular. Iniciou o quadro com tumorações de crescimento lento, sem história prévia de trauma. Materiais e métodos: a radiografia inicial dos joelhos e das pernas direita e esquerda mostrou apenas edema de partes moles sem o envolvimento periosteal, enquanto a ultrassonografia mostrou imagens císticas em ambas as pernas com diâmetros aproximados de 25x11cm e 16x6cm. O exame clínico e laboratorial revelou a presença de artrite reumatóide. O tratamento escolhido foi a excisão dos cistos com realização de videoartroscopia com sinovectomia de ambos os joelhos para evitar recidivas. Conclusão: o tratamento escolhido foi a remoção cirúrgica dos cistos pelo fato de serem gigantes e de comprometerem a qualidade de vida do paciente, evitando dor, edema e trombose venosa nos pés e pernas.

Unitermos:

Cisto de Baker/diagnóstico; Cisto de Baker/radiologia;
Cisto de Baker/tratamento; Relato de caso

ABSTRACT

The present work discusses a clinical case of a 57 year-old man with bilateral giant Baker's cysts in the calves. The individual was previously healthy and without any family history for rheumatic diseases. The patient presented constant pain in the legs, and edema in the ankles with difficulties to move. The condition started with slow-growing tumors without previous history of trauma. Materials and methods: initial radiography of knees, and right and left legs presented only edema of soft parts without periosteal implication, while the ultrasound presented cystic images in both legs with 25x11 cm and 16x6 cm mean diameters. Clinical and laboratory evaluation revealed rheumatoid arthritis. The treatment selected was the excision of cysts, performing arthroscopy with synovectomy in both knees to avoid recurrences. Conclusion: the treatment of choice was the surgical removal of the cysts because of their giant size and for compromising the patient's quality of life, thus avoiding pain, edema, and venous thrombosis in feet and legs.

Keywords:

Baker's cyst/diagnosis; Baker's cyst/radiology;
Baker's cyst/ treatment; Case report.

Antônio Lourenço Severo
Leandro de F. Spinelli
Marcelo Lemos
André Kuhn
Osvandré L. C. Lech
Paulo F. Piluski

*Trabalho realizado no Instituto de Ortopedia e Traumatologia (IOT) e Hospital São Vicente de Paulo (HSVP) em Passo Fundo, RS.

Correspondências:

Antônio Lourenço Severo
Passo Fundo, RS, Brasil
E-mail: antoniolsevero@gmail.com

INTRODUÇÃO

A herniação da sinóvia através da cápsula articular ou o aumento maciço de uma bolsa podem iniciar o desenvolvimento de um cisto sinovial. Um exemplo bem conhecido é o cisto sinovial que se forma no espaço poplíteo no contexto da artrose, lesões meniscais e sinovites crônicas, chamado de cisto de Baker^{1,3}. O revestimento sinovial pode ser hiperplásico e conter células inflamatórias e fibrina, mas de outro modo é inespecífico².

Na artrite reumatóide pode-se verificar a formação dos cistos poplíteos em consequência de derrame ou proliferação sinovial na membrana do semi-membranoso. Os cistos podem dissecar ou sofrer ruptura na panturrilha, produzindo sinais e sintomas que mimetizam a tromboflebite e a trombose venosa profunda. A ultrassonografia e os estudos com Doppler da fossa poplíteia e panturrilha podem ser úteis para firmar o diagnóstico, bem como para excluir a trombose venosa profunda, que pode ocorrer por compressão venosa de um cisto grande em até 5% dos casos^{3,5}. O diagnóstico do cisto pode também ser feito por transiluminação, aspiração, artrografia, tomografia computadorizada e ressonância nuclear magnética^{3,6}.

O presente trabalho discute o caso clínico de um homem de 57 anos de idade com cistos de Baker gigantes em panturrilhas bilateralmente.

RELATO DE CASO

O caso clínico apresentado neste trabalho é o de um paciente masculino de 57 anos de idade, branco, fumante e etilista, previamente hígido. Há sete anos

havia iniciado quadro de dor insidiosa de leve intensidade no joelho direito, com caráter progressivo, sem derrame articular ou outros sinais inflamatórios. Somou-se, consecutivamente à dor no joelho direito, dor em tornozelos, mãos, cotovelos, quadris, pés e no joelho esquerdo. Inicialmente as dores eram ocasionais, com duração de dois a três dias. Com o passar do tempo, passou a apresentar sinais flogísticos em todas as articulações citadas, com rigidez matinal que perdurava por várias semanas. Iniciou tratamento com um clínico geral com o diagnóstico de artrite reumatóide, confirmada por critérios clínicos e laboratoriais. Seu tratamento foi baseado em corticoesteróides injetáveis e anti-inflamatórios não-hormonais por via oral. Há dois anos apresentou piora significativa dos sintomas e foi-lhe indicado consultar um reumatologista. O médico reumatologista observou cistos poplíteos de grande volume, que foram aumentando gradativamente, sendo então encaminhado ao ortopedista, que solicitou radiografias dos joelhos e das pernas direita e esquerda, evidenciando apenas edema de partes moles sem o envolvimento periostial. A seguir, foi solicitada ultrassonografia que mostrou imagens císticas em ambas as pernas com diâmetros aproximados de 25x11cm e 16x6cm. O paciente negava história familiar de artrite reumatóide e outros problemas de saúde. Atualmente encontra-se em tratamento da artrite reumatóide com prednisona, metotrexato, sulfassalazina e anti-inflamatórios não-hormonais com bom alívio dos sintomas. Ao final de sua avaliação ortopédica, foi-lhe indicada ressecção cirúrgica dos cistos para aliviar a dor e diminuir

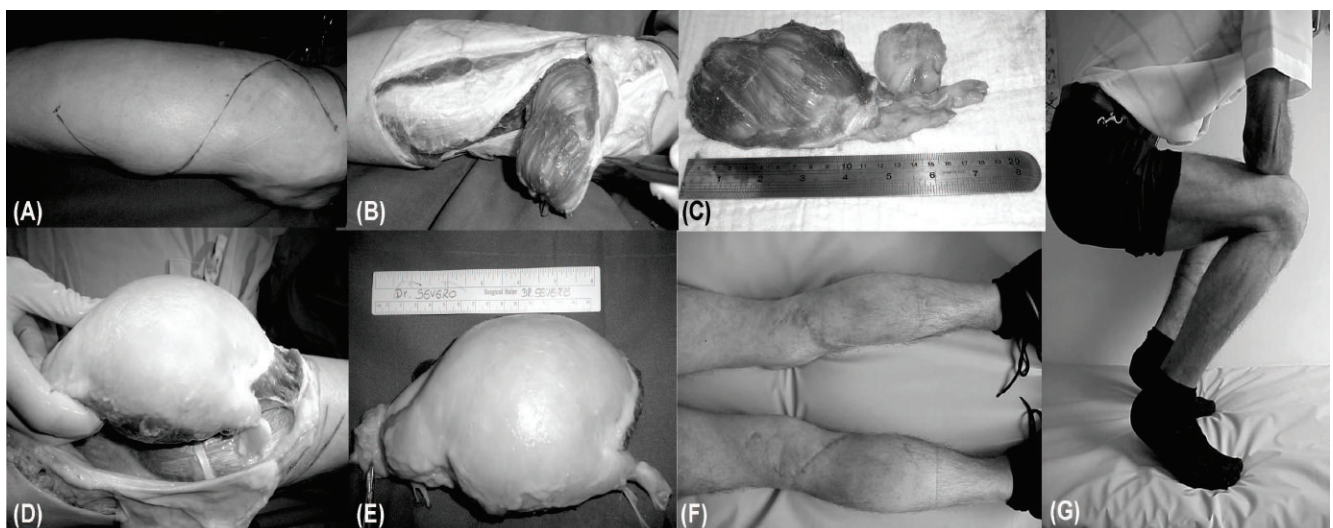


Figura 1. (A) demarcação cirúrgica pré-operatória da perna esquerda; (B) transoperatório com elevação do cisto da perna esquerda e (C) remoção; (D) e (E) transoperatório e remoção do cisto da perna direita; (F) resultado estético final; (G) resultado funcional.

edemas, além de melhorar a deambulação, sendo também realizada no mesmo ato cirúrgico uma videoartroscopia para realização de sinovectomia para evitar recidivas. A Figura 1A apresenta o pré-operatório da perna esquerda com a demarcação cirúrgica, enquanto as Figuras 1B e 1C o trans-operatório com a remoção do cisto da perna esquerda, medindo 16x6cm. As Figuras 1D e 1E mostram o trans-operatório do cisto da perna direita e remoção do mesmo, medindo 25x11cm. O resultado estético e funcional final pode ser visto nas Figuras 1F e 1G.

DISCUSSÃO

Nos adultos o cisto de Baker pode ser secundário a modificações patológicas no interior da articulação tais como em artrose, lesões meniscais e sinovites crônicas^{1,7}. Os cistos frequentemente se formam no espaço poplíteo quando a inflamação no joelho resulta em efusão persistente, com volume moderado. A formação é devida a um aumento significativo da pressão intra-articular. Gradualmente uma parte da cápsula posterior enfraquece e a membrana sinovial é forçada para fora através do defeito. Uma vez que a pressão no joelho será sempre maior do que a do cisto, este vai aumentado gradualmente, dissecando ao longo dos planos fasciais em direção inferior até a panturrilha⁵. Nos casos de sinovite reumatóide, pela friabilidade dos tecidos, o cisto pode romper-se¹. Como o cisto não possui cápsula fibrosa, e portanto uma tendência a romper-se, ocorre vazamento do líquido sinovial inflamatório nos tecidos da panturrilha e inicia um quadro de dor abrupta com edema e calor na panturrilha, simulando uma trombose venosa profunda, tromboflebite ou celulite^{1,5}. Krome et al. relataram o desenvolvimento de síndrome compartimental aguda como resultado de um cisto de Baker roto e sangramento venoso espontâneo⁸. Se não houver ruptura, o cisto pode causar dor crônica ou compressão venosa parcial, resultando em edema da panturrilha e do pé⁵. Ji et al. relataram um caso de compressão nervosa dos nervos tibial e fibular comum, causada por um cisto de Baker inicialmente assintomático que trouxe como consequência a queda do pé⁹.

Childress considerou que alguns cistos poplíteos são causados por uma lesão do corno posterior do menisco medial ou alguma outra condição patológica não diagnosticada no joelho¹⁰. Isto foi confirmado por relatos posteriores nos quais condições patológicas intra-articulares foram constatadas em até 50% dos

adultos com cistos poplíteos^{3,10}.

O diagnóstico do cisto poplíteo pode ser confirmado por uma punção aspirativa, artrografia, ultrassom, tomografia computadorizada e ressonância magnética do joelho, evidenciando comunicações do cisto e delineando sua extensão de dissecação^{1,3,5}. Pozzi e Konkewicz discutem que o tratamento deve ser realizado sobre a patologia primária que gera o cisto. Os autores comentam que, quando muito distendido, pode ser aspirado para alívio da dor¹. Naides et al., ao contrário, comentam que os cistos grandes e sintomáticos podem ser tratados pela sinovectomia do joelho, mas também não recomendam a excisão do cisto⁵. Dlabach discute que antes da excisão de um cisto poplíteo devemos realizar uma avaliação artroscópica cuidadosa, fato este que foi realizado no presente caso clínico³. Takahashi e Nagano e Ahn et al. discutem que o tratamento dos cistos poplíteos pode ser realizado pela artroscopia e apresentam algumas soluções através de diferentes portais^{11,12}. Condições patológicas intra-articulares, como condromalácia patelofemoral ou uma laceração degenerativa do corno posterior do menisco medial, podem ser indetectadas e tratadas por desbridamento dos fragmentos cartilagosos soltos ou meniscectomia parcial, respectivamente³. Válvulas comunicantes podem ser responsáveis pela formação e recorrência dos cistos e podem ser ressecadas na mesma ocasião da artroscopia¹².

Bui-Mansfield e Youngberg discutem o tratamento conservador com agentes anti-inflamatórios, gelo e perda de peso. Referem que alterações intra-articulares devem ser tratadas com artroscopia e que a excisão do cisto deve ser considerada nos casos não responsivos aos tratamentos prévios¹³.

Realizamos, no presente caso, a remoção dos cistos, inclusive pelo fato de serem gigantes, comprometendo a funcionabilidade e a qualidade de vida do paciente. Consideramos a substituição da pneumoartrografia pela ultrassonografia ou ressonância magnética, discutida também por Dlabach³ e Arnett⁴. Cistos sinoviais gigantes da panturrilha em pacientes com artrite reumatóide foram descritos também por Perri et al, originando-se e comunicando-se com o joelho na área poplíteia, como pode ser demonstrado pela artrografia ou ressonância^{3,14}. Em pacientes reumatóides que têm um cisto sinovial gigante removido, Vahvanen sugeriu realizar uma sinovectomia posterior para prevenir recidivas^{3,15}, exatamente o que foi feito no caso do paciente relatado.

REFERÊNCIAS

1. Pozzi JFA, Konkewicz ER. Joelho do adulto. In: Herbert S et al. (Eds). Ortopedia e traumatologia: princípios e prática. Porto Alegre: Artmed Editora, 2003; 470-1.
2. Cotran RS, Kumar V, Collins T. Robbins: Patologia estrutural e funcional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. p. 1125.
3. Dlabach JA. Transtornos não-traumáticos de partes moles. In: Canale ST (Ed) - Cirurgia Ortopédica de Campbell, tradução de Nelson Gomes de Oliveira. 10a ed. Barueri: Manole, 2006; 1(24): 896-8.
4. Arnett FC. Artrite reumatóide. In: Goldman L, Bennet JC (Eds). Cecil: Tratado de medicina interna. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001; p. 1666.
5. Naides SJ, Ashman RF, Field EH et al. Afecções reumáticas: diagnóstico e tratamento. In: Weinstein SL, Buckwalter JA (Eds). Ortopedia de Turek: Princípios e sua aplicação, tradução de Fernando Gomes do Nascimento. Barueri: Manole, 2000; p. 163.
6. Beall DP, Ly JQ, Wolff JD, Sweet CF, Kirby AB, Murphy MP, Webb H, Fish JR. Cystic masses of the knee: magnetic resonance imaging findings. Curr. Probl. Diagn. Radiol. 2005; 34(4): 143-159.
7. Windsor RE. Joelho do adulto. In: Weinstein SL, Buckwalter JA (Eds). Ortopedia de Turek: Princípios e sua aplicação, tradução de Fernando Gomes do Nascimento. Barueri: Manole, 2000; p. 587.
8. Krome J, Araújo W, Webb LX. Acute compartment syndrome in ruptured Baker's cyst. J South Orthop Assoc. 1997; 6: 110-4.
9. Ji J-H, Shafi M, Kima W-Y, Parka SH, Cheona JO. Compressive neuropathy of the tibial nerve and peroneal nerve by a Baker's cyst: Case report. Knee 2007; 14(3): 249-52.
10. Childress HM. Posterior medial meniscal lesions and popliteal cysts. J Bone Joint Surg Am. 1965; 47(A): 1272-3.
11. Takahashi M, Nagano A. Arthroscopic treatment of popliteal cyst and visualization of its cavity through the posterior portal of the knee. Arthroscopy 2005; 21(5): 638.
12. Ahn JH, Yoo JC, Lee SH, Lee YS. Arthroscopic cystectomy for popliteal cysts through the posteromedial cystic portal. Arthroscopy 2007; 23: 559.e1-4.
13. Bui-Mansfield LT, Youngberg RA. Baker Cyst. [periódico na Internet]. 2007 [citado 2007 Set 01]. Disponível em: <http://www.emedicine.com/radio/topic72.htm>.
14. Perri JA, Rodnan GP, Mankin HJ. Giant synovial cysts of the calf in patients with rheumatoid arthritis. J Bone Joint Surg Am. 1968; 50(4):709-19.
15. Vahvanen V. Popliteal cyst: a follow-up study on 42 operatively treated patients. Acta Orthop Scand. 1973; 44:303.